CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK III. Nr. 3

MARZEC 1938 R.

CHIRURG POLSKI

ROK III. WARSZAWA, MARZEC 1938 R. Nr. 3

Z Oddziału Urologicznego Państwowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: *Dr Emil Michałowski.*

Leczenie obustronnej kamicy moczowej

podał

Dr Fryderyk Laufer.

Leczenie obustronnej kamicy moczowej stwarza szereg problemów, których rozwiązanie jest niekiedy trudne. Obecność złogów mineralnych w narządzie moczowym po obu stronach należy uważać pod względem rokowania ze stan bardzo poważny. Dlatego też słusznie uważa za *Illyesem Tzschirntsch,* że w niektórych przypadkach obustronną komicę moczową można porównać z nowotworem złośliwym.

Etiologia i częstość obustronnej kamicy moczowej.

W powstawaniu obustronnej kamicy moczowej mają odgrywać rolę następujące czynniki: zaburzenia w przemianie materii, jako skazy występujące niekiedy rodzinnie; wpływy klimatu; pożywienie *(Mc. Carrison);* woda; dieta odtłuszczająca; obfita utrata wody i zagęszczenie moczu przy nadmiernym poceniu się; uporczywe wymioty *(Kollert);* wessanie się soli wapnia po urazach kości długich i kręgosłupa *(Schmuckler-Essentuki).* Złogi cystynowe występujące często obustronnie są wynikiem zaburzeń białkowej przemiany materii *(Steinitz, Thevenot).* Poza tym jednak obok czynników ogólnych, dużą rolę w powstawaniu kamicy moczowej obustronnej przypisać należy warunkom miejscowym takim jak: 1) wady rozwojowe nerek i moczowodów: (opadnięcie nerek, przemieszczenie nerek, zwężenie moczowodów itp.) wiodące do zalegania moczu; 2) choroby zakaźne, w przebiegu których przyjść może do toksycznego uszkodzenia odprowadzających dróg moczowych, a tym samym do zalegania moczu; czynnikami związanymi z przebytą chorobą zakaźną, a mogącymi odgrywać rolę w tworzeniu się złogów mineralnych są: krwiomocz, ropomocz i bakteriomocz. Gdyby w powstawaniu kamicy moczowej decydujące znaczenie miały tylko czynniki ogólne — kamica moczowa obustronna byłaby o wiele częstsza.

Jeanbreau oblicza obustronną kamicę nerkową na 8.48% przypadków kamicy nerkowej w ogóle, a obustronną kamicę moczowodową na 3.65% ogólnej kamicy moczowodowej. Inni autorowie podają odsetki wyższe. I tak np. *Küster* i *Ravasini* — 11% *Thomas* — 12%, *Boretti* — 16%. W naszym materiale na 310 przypadków kamicy nerek i moczowodów stwierdzono obustronną kamicę moczową w 39-ciu przypadkach tj. 12.9%. *Thomas* podaje, że w kamicy obustronnej stwierdza się zwykle liczne konkrementy (66%), szczególnie zaś w przypadkach zakażonych. Płeć nie ma znaczenia, jeśli chodzi o częstość występowania.

Przechodzę obecnie do wskazań leczniczych w przypadkach obustronnej kamicy moczowej. Przypadki te podzielić można za *Rochetem* na 3 grupy, a mianowicie:

1) nadające się wyłącznie do leczenia zachowawczego, 2) wchodzące w zakres leczenia chirurgicznego i 3) przypadki, w których zabieg chirurgiczny jest przeciwwskazany.

Ad 1. W przypadkach pierwszej grupy można stwierdzić po obu stronach kamienie wielkości np. pieprzu lub grochu. Są to chorzy latami wytwarzający kamienie. W tej niewinnej pozornie postaci obustronnej kamicy przychodzi niekiedy do powikłań, które wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Do powikłań takich należy przede wszystkim bezmocz, będący wynikiem zaczopowania obu moczowodów przez drobne złogi mineralne. W naszym materiale obserwowaliśmy 10 przypadków kamicy moczowej należących do tej grupy. Drobne kamyczki dawały się stwierdzić bądź w obu nerkach, bądź w obu moczowodach; w trzech przypadkach stwierdzono zakażenie dróg moczowych; w dwóch przypadkach przyszło do bezmoczu, który dał się łatwo opanować przez cewnikowanie moczowodów. Dla przykładu podajemy przypadek następujący:

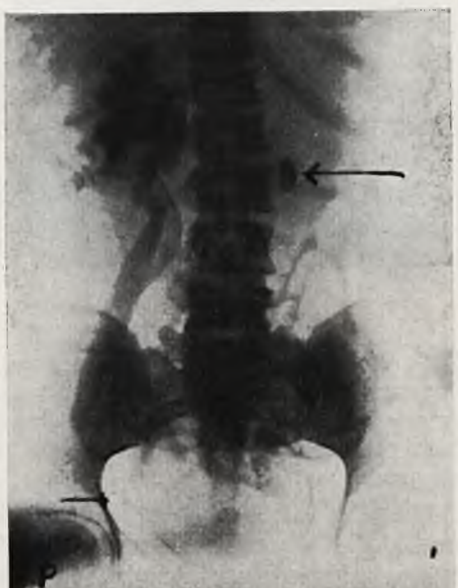
Przypadek 1. B. J. lat 36. Od 26 godzin nie oddaje moczu. Od roku bóle w obu bokach. Rtg. wykazuje w lewym moczowodzie na wysokości 5 cm od ujścia moczowodu kamień wielkości pestki cytryny; po prawej stronie kamień wielkości ziarna zboża na wysokości podstawy kości krzyżowej. Barwnik nie wydala się z obu stron przez 15 minut. Mocz: pałeczka okrężnicy; odczyn kwaśny; ślad białka; w osadzie liczne leukocyty i nieliczne czerwone ciałka krwi. Reszta azotowa w krwi 35 mg%. Do obu nerek wprowadzono cewniki moczowodowe. Z obu nerek płynie mocz o typie zastoinowym. Usunięto cewniki po 24 godzinach. Diureza 1000 cm^3 na dobę. Po parokrotnym, obustronnym naprzemian cewnikowaniu moczowodów chory oddał kamyczki z obu stron.

Ad 2. Leczenie chirurgiczne obustronnej kamicy moczowej. Do drugiej grupy należą przypadki obustronnej kamicy moczowej, które wymagają leczenia chirurgicznego. Omówimy kolejno następujące zagadnienia: a) czy istnieje wskazanie do zabiegu ze względu na stan choroby albo chorego? b) czy operować jednoczasowo, czy też dwuczasowo? c) jeśli dwuczasowo, to po której stronie należy operować najpierw? d) jaki zabieg chirugiczny jest najodpowiedniejszy i e) jakie są przeciwwskazania do zabiegu w przypadkach obustronnej kamicy moczowej?

Ad a) Co do wskazań odróżniamy bezwzględne i względne. Do pierwszych należą: ostre ropne zakażenie nerek (roponercze i ropne zapalenie nerki — nephritis apostematosa) i zaczopowanie moczowodu *(Fedoroff, Frangenheim)*. Względnymi wskazaniami do zabiegu są: bóle, krwawienia, przewlekłe zakażenie, postępujące upośledzenie sprawności czynnościowej nerek; uwzględnić też należy usadowienie kamieni i ich ilość *(Gottstein, Young)*. Odnośnie do wskazań względnych różnica zdań różnych autorów jest ogromna. Są zwolennicy najdalej posuniętego konserwatyzmu właśnie ze względu na obustronność schorzenia. Tak np. *Hogge* uważa przypadki obustronnej kamicy moczowej przy złej sprawności czynnościowej nerek za „noli me tangere". Podobnego zdania są *Rosenstein* i *Leznew*. Dla innych ten właśnie moment jest decydujący we wskazaniach operacyjnych *(Bibus)*, ponieważ konieczne jest zachowanie w dobrym stanie bodaj jednej nerki. Niektórzy nawet są zdania, że każdy przypadek obustronnej kamicy moczowej wymaga leczenia chirurgicznego *(Ravasini, Nikolich, Israel)*. Z tego powodu odsetki operowanych przypadków różnią się bardzo znacznie. Uwzględnić musimy w stawianiu wskazań zasadę wypowiedzianą przez *Frangenheima*, że zabieg operacyjny nie powinien przedstawiać większego niebezpieczeństwa dla życia chorego, aniżeli obecność kamienia. W każdym razie przy

stawianiu wskazań operacyjnych w przypadkach obustronnej kamicy moczowej konieczna jest indywidualizacja, gdyż warunki operacji i stan chorego są w każdym przypadku różne. W końcu jeszcze wypada podkreślić, że wyniki operacyjne tak bezpośrednie, jak i odległe (nawroty) są w przypadkach obustronnej kamicy moczowej na ogół niedobre. O tym będzie mowa w ustępie o rokowaniu .

Ad b) Podobnie jak we wskazaniach operacyjnych, różne też są zdania na temat, czy w przypadkach obustronnej kamicy moczowej należy operować jednoczasowo tzn. obie strony równocześnie, czy też dwuczasowo. Już z końcem ubiegłego stulecia *Bardenheuer* i *Tanner* operowali jednoczasowo po obu stronach, jednak z wynikiem śmiertelnym. Istnieje cały szereg chirurgów polecających operowanie jednoczasowe *(Judin, Barbock, Lobmayer, Nikolich, Rettig, Mamikonoff, Schmidt, Kümmel, Blum, Mörl, Tenoni). Hryntschak* podaje nawet, że operował jednoczasowo w 12-tu przypadkach bez wyniku śmiertelnego. Według *Mamikonoffa* korzyści operacyj jednoczasowych są następujące: 1) odciążenie obu nerek naraz, 2) usunięcie przeszkód mechanicznych, 3) poprawa sprawności czynnościowej obu nerek, 4) możliwość stwierdzenia podczas operacji zmian anatomo - patologicznych w obu nerkach. Wszyscy zwolennicy jednoczasowej operacji zgadzają się co do tego, że do takiego postępowania nadają się tylko te przypadki, gdzie do wyjęcia kamieni wystarczą niewielkie zachowawcze zabiegi jak np. nacięcie moczowodu względnie miedniczki, wyjątkowo z małym nacięciem nerki (pyelotomie élargie *Marion). * Zabieg poważniejszy, choćby po jednej tylko stronie, nie wchodzi w rachubę przy jednoczasowej operacji. Zdaniem *Frangenheima* operacja jednoczasowa jest wskazana tylko u ludzi młodych przy łatwych warunkach operacyjnych oraz braku zakażenia moczu. *Fedoroff* jest za jednoczasową operacją w przypadkach obustronnego zaczopowania moczowodu i bezmoczu. *Mamikonoff* operuje też jednoczasowo, a jako argument przemawiający za operacją jednoczasową podaje, że przy postępowaniu dwuczasowym po pierwszym zabiegu może wystąpić zaczopowanie moczowodu po stronie przeciwnej. Nie wchodząc w dyskusję co do słuszności tego argumentu, musimy jednak zaznaczyć, że istotnie w naszym materiale zaobserwowano po nacięciu miedniczki czy moczowodu po jednej stronie, wystąpienie kolki z odejściem samoistnym kamienia po stronie przeciwnej. Być może, że mamy tu do czynienia ze wzmożoną perystaltyką odprowadzających dróg moczowych na skutek zmian humoralnych pooperacyjnych. Jako przykład służą 3 poniżej przedstawione przypadki:

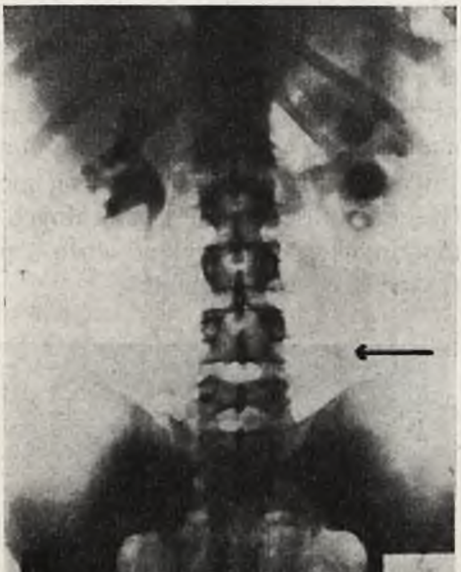


Rys. 1.

Przyadek 2. Pyelogram dożylny kobiety lat 26 (rys. 1). Widoczne 2 płody. Kamień w lewej mied-

niczce nerkowej. Kamień w prawym moczowodzie na 5 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). Silnie rozszerzona prawa miedniczka nerkowa. Moczowód prawy grubości palca. Po stronie lewej uroselektan nie wydzielił się. Brak zakażenia. Poród przedwczesny, oba płody żywe. W trzy miesiące po porodzie nacięcie miedniczki po stronie lewej i wyjęcie kamienia. W 12 dni po operacji odejście samoistne kamienia po stronie prawej wśród silnej kolki nerkowej.

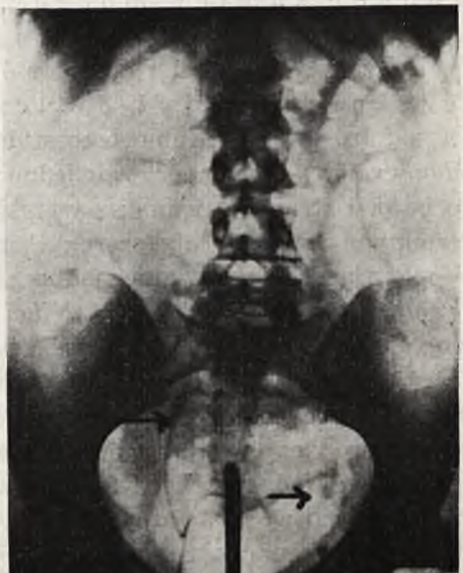
Przypadek 3. L. O. mężczyzna lat 27. Pyelogram dożylny (rys. 2); po lewej stronie kamień w moczowodzie na wysokości szpary pomiędzy L 4 i L 5. Kamień wielkości pestki daktyla. Silnie rozszerzona lewa miedniczka nerkowa oraz kielichy. Po stronie prawej kamień w moczowodzie,



Rys. 2.

wielkości ziarna kawy na wysokości 4 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). Barwnik po obu stronach przez 10 minut obserwacji nie wydala się. Nacięcie moczowodu po stronie lewej, przebieg gładki. Po 18 dniach chory wśród kolki prawostronnej oddał samoistnie kamień.

Przypadek 4. H. H. kobieta, lat 26. Od pół roku bóle w obu bokach z gorączkami do 39°. Przed pół rokiem poród. Rtg. (rys. 3) wykazuje po stronie lewej na wysokości 5 cm od ujścia moczowodu kamień wielkości dużego grochu. Drugi cień po stronie lewej leży poza obrębem narządu moczowego (identyfikacja). W lewej nerce dwa cienie kamieni wielkości pieprzu. Po stronie prawej w moczowodzie kamień na wysokości 15 cm, wielkości pestki wiśni. Mocz: ślad białka, w osadzie niezbyt liczne leukocyty. Barwnik z obu nerek przez 10 minut obserwacji nie wydala się. Uroselektan przez 50 minut z obu nerek nie wydala się. Reszta azotowa we krwi 32 mg%. Chora wyniszczona, język suchy. Tętno 110 na minutę. Diureza 800 cm³ na dobę; o sprawności czynnościowej nerek nic pewnego powiedzieć nie można. Po stronie lewej bóle od tygodnia. Operacja po stronie prawej wydaje się łatwiejsza. Przypuszczamy, że nie ma różnicy w sprawności czynnościowej obu nerek. Z nadzieją na samoistne odejście kamienia z lewego moczowodu nacięto w znieczuleniu miejscowym moczowód po stronie większego i wyżej stojącego kamienia. W trzy tygodnie po nacięciu mo-



Rys. 3.

czowodu po stronie prawej chora wśród kolki lewostronnej oddała kamień samoistnie.

Za bezwzględne wskazanie do operacji jednoczasowej uchodzi wedle *Fedoroffa* i *Bibusa* bezmocz, przy którym nie zawsze można na podstawie badania klinicznego stwierdzić, która nerka jest zupełnie zniszczona, a która jest lepsza. W takich przypadkach urografia dożylna jest zdaniem wielu autorów przeciwwskazana. Nie ulega wątpliwości, że zapatrywanie to wydaje się zupełnie uzasadnione przy mocznicy, będą-

cej następstwem bezmoczu wydzielniczego. Natomiast w przypadkach świeżego bezmoczu przy zaczopowaniu moczowodów, gdzie cewnikiem nie można pokonać przeszkody, może urografia dożylna dać niezmiernie ważne wskazówki rozpoznawcze. Liczyć się należy jednak zawsze z tym, że jednoczasowa operacja stanowi duży wstrząs, na który w większości przypadków nie możemy chorego narażać. Z tego powodu większość autorów jest dziś za dwuczasową operacją (*Wagner, Sanders, Watson, Eisendradt, Legueu, Israel, Fedoroff, André, Novali, Rosenstein, Tschirntsch*). Wedle ogólnie panującego poglądu operacja dwuczasowa jest metodą z wyboru w przypadkach obustronnej kamicy moczowej. Za najkrótszy odstęp czasu pomiędzy zabiegami uważa *W. Mayo* 10 — 14 dni; *Fedoroff* radzi przesunąć o ile możliwe drugi zabieg na 2 — 4 miesięcy.

Ad c) Bardzo szeroko dyskutuje się na temat, którą stronę należy najpierw operować. Za główne kryterium uchodzi stopień czynnościowego uszkodzenia aparatu moczowego. Nawiasem warto wspomnieć, że rozstrzygnięcie, która strona jest pod tym względem lepsza, a która gorsza, nie zawsze jest rzeczą łatwą (patrz przyp. 4). Uważamy, że trzymanie się szablonu przy operacji w każdym przypadku, tzn. naprzód operować stronę lepszą lub przeciwnie, jest niesłuszne. Do niedawna ogólnie panowało zdanie, że operować należy najpierw stronę lepszą. Tego zdania są: *Frangenheim, Salleras, Lilienfeld, Cifuentes, Bachrach, Parker, Jud, Geragthy, André, Gottstein, Fedoroff, Israel, Voelker, Jackson, Sauerbuch, Fuld, Stevens, Legueu, Nikolich, Lory, Albarran.* Argumentem głównym, przytaczanym przez wymienionych autorów jest to, że należy dążyć do restytucji przynajmniej jednej nerki, aby w razie potrzeby przy drugim zabiegu móc po stronie przeciwnej wykonać zabieg doszczętny. W wyborze może być rozstrzygające umiejscowienie kamienia: kamień zaczopowujący moczowód musi być przede wszystkim usunięty (*Fedoroff*). Przy bezmoczu należy operować naprzód stronę ostatnio zamkniętą tj. przypuszczalnie lepszą; w bezmoczu, który już doprowadził do mocznicy, wskazane jest założenie przetoki nerkowej bez wyjmowania kamieni. Ostre zakażenie zmusza zawsze do operowania przede wszystkim po stronie zakażonej (*Legueu, Marion*).

Wielu autorów uważa przeciwnie, że operować należy przede wszystkim stronę gorszą (*Marion, Rafin, Gottstein, Rosenstein, Beer, Stevens, Kraas, Bibus* i in.). Przy równej sprawności obu stron mogą bóle, względnie krwawienia rozstrzygnąć o wyborze strony.

W przypadkach równoczesnej kamicy nerkowej i pęcherzowej radzi *Frangenheim* najpierw usunąć kamień z pęcherza. Jeśli mamy po jednej stronie kamień w moczowodzie i w nerce — należy przede wszystkim wykonać nacięcie moczowodu. Zasady tej nie trzymaliśmy się w jednym z naszych przypadków dotyczącym wprawdzie kamicy tylko jednostronnej; po stronie przeciwnej stwierdzono jednak zapalenie nerki i miedniczki nerkowej. Przypadek ten, podany poniżej, zobrazowuje jednak dosadnie, jak we wskazaniach należy indywidualizować:

Przypadek 5. Kobieta lat 31. Przed 6 miesiącami operowana z powodu ropniaka jamy opłucnej po stronie lewej. Od 8 miesięcy leczona na lewostronną kamicę nerkową płukaniem miedniczki nerkowej po stronie lewej. Ostatnio gorączki do 39°. Rtg. wykazuje w lewej miedniczce nerkowej jeden kamień wielkości orzecha laskowego, drugi zaś po tej stronie w dolnym kielichu. Barwnik z lewej strony przez 10 minut obserwacji nie wydala się; z prawej — w siódmej minucie. Mocz z lewego moczowodu ropny, w osadzie bardzo liczne leukocyty. Chora na proponowany zabieg chwilowo się nie godzi. Zgłasza się na Oddział w 4 miesiące później. Od dwóch tygodni gorączki do 40° z dreszczami, wymioty, o-

gólne osłabienie. Rtg. (rys. 4): jeden kamień w lewej miedniczce nerkowej, drugi w lewym moczowodzie na 2 cm od ujścia moczowodu do pęcherza (identyfikacja). W pęcherzu obraz nieżytu. Z ujścia prawego wydala się mocz na oko mętny, z ujścia lewego wydalania moczu nie stwierdza się. Barwnika po stronie lewej brak przez 10 minut: po stronie prawej wydala się w 8-mej minucie mało intensywnie. W moczu z pęcherza: białko obecne około 5 °/₀₀, w osadzie liczne leukocyty, nieliczne czerwone ciałka krwi, wałeczki drobnoziarniste i szkliste oraz nabłonki średnie okrągłe. Na posiewach b. proteus vulgaris. Ciepłota 38°. Reszta azotowa 37 mg% we krwi. Przy wyborze metody operacji uwzględniliśmy ostre ropne zakażenie po obu stronach i konieczność stworzenia dobrych warunków odpływu przy upośledzeniu sprawności czynnościowej nerki po stronie przeciwnej. *Zabieg:* w znieczuleniu miejscowym 1% novocainą nacięcie miedniczki i nerki, wyjęcie kamienia i założenie przetoki nerkowej. Po zabiegu ciepłota spadła do normy, diureza 1 litr na dobę. Mocz się oczyścił. W dziesiątym dniu po zabiegu chora wśród kolki lewostronnej oddała samoistnie kamień z lewego moczowodu. Po dwóch tygodniach zamknięto przetokę nerkową. Mocz całkowicie odchodzi cewką. Po trzech tygodniach chora wyleczona opuszcza Oddział.



Rys. 4.

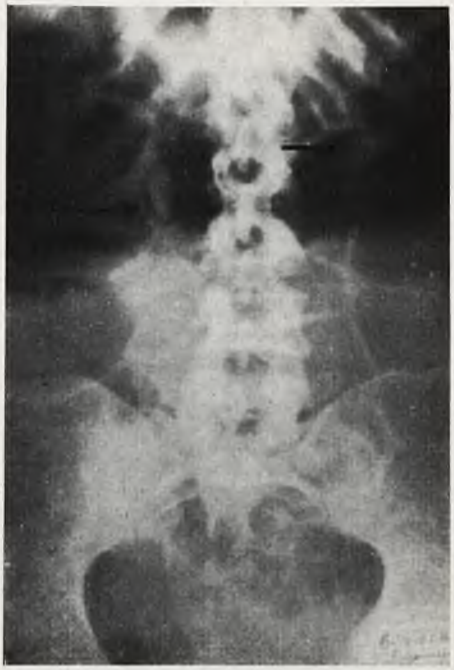
Ad d) J a k i z a b i e g c h i r u r g i c z n y j e s t n a j o d p o w i e d n i e j s z y? W leczeniu chirurgicznym obustronnej kamicy moczowej obowiązuje jaknajdalej posunięty konserwatyzm. Wspomnieliśmy wyżej o zasadzie *Fragenheima*, że zabieg operacyjny nie może być dla ustroju groźniejszy, aniżeli obecność kamieni w nim. Najczęstszą operacją w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej winno być nacięcie miedniczki i nacięcie nerki (nephro- i pyelolithotomia). Bardzo celowe wydaje się równoczesne założenie przetoki nerkowej, poprawia ona bowiem sprawność czynnościową nerek o 50% *(Cabot)*, to też w klinice *Mayo* w 17.7% zabiegów w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej założono przetokę nerkową. Ani wielkość kamieni, ani ich liczba czy kształt nie uzasadniają w przypadkach obustronnej kamicy moczowej usunięcia nerki. Zabieg ten może być zastosowany jedynie w przypadkach roponercza i ropnego zapalenia nerki (nephritis purulenta — surgical kidney). Przed zabiegiem należy obie strony przygotować odpowiednio przez płukanie miedniczek i pozostawienie cewnika moczowodowego na stałe. Nawet w tych przypadkach, które nieraz są uznane jako nienadające się do zabiegu, można w ten sposób osiągnąć znaczną poprawę sprawności czynnościowej nerek, pozwalającą na zabieg operacyjny *(André)*. Jeśli chodzi o zabiegi na moczowodach, to w grę wchodzi jedynie nacięcie moczowodu pozaotrzewnowe; w niektórych przypadkach obustronnej kamicy moczowodowej przypęcherzowej można operować, jak wyżej wspomniano, jednoczasowo, odsłaniając oba moczowody z cięcia w linii środkowej *(Key)*, ewentualnie po ekstraperitonizacji pęcherza moczowego.

Przechodzę obecnie do omówienia włas-

nego materiału klinicznego, w szczególności 25 przypadków, które nadawały się do leczenia chirurgicznego. Podzieliliśmy je w zależności od umiejscowienia kamienia w następujący sposób: 1) z jednej strony kamień w nerce, z drugiej w moczowodzie; 2) obustronne kamienie moczowodowe; 3) obustronna kamica nerkowa; 4) kamienie w obu nerkach i jednym moczowodzie; 5) kamienie w obu moczowodach i jednej nerce; 6) kamienie w obu nerkach i pęcherzu.

Na 11 przypadków pierwszej grupy (po jednej stronie kamień w nerce, po drugiej w moczowodzie) operowano tylko 8; trzech chorych nie zgodziło się na zabieg operacyjny. W 8-miu przypadkach operowanych wykonano 2 razy nacięcie moczowodu, 3 razy usunięcie nerki po stronie kamienia moczowodowego (roponercze, ropne zapalenie nerki, gruźlica nerki) oraz 2 razy nacięcie miedniczki jako drugi akt zabiegu dwuczasowego. Dwa przypadki operowane skończyły się zejściem śmiertelnym: jeden z powodu zakażenia, drugi z powodu niedomogi nerek. Dla przykładu podaję przypadek obustronnej kamicy (kamień w moczowodzie i nerce) operowany obustronnie, dwuczasowo:

Przypadek 6. F. S. kobieta, lat 23, od paru miesięcy bóle w obu bokach. Od trzech dni silne bóle w boku prawym z gorączką do 40°. Rtg. (rys. 5) wykazuje kamień na przejściu prawej miedniczki w moczowód, owalny, wielkości orzecha włoskiego; długą osią jakby chciał wejść do moczowodu. Po stronie lewej kamień w miedniczce poprzecznie ustawiony, wrastający do kielichów. Wydalania barwnika z obu nerek przez 10 minut nie stwierdza się. Uroselektan po stronie prawej nie wydala się zupełnie. Po lewej stronie niewyraźny obraz rozszerzenia miedniczki nerkowej. Mocz: ropny, białko obecne, w osadzie liczne leukocyty, liczne czerwone ciałka krwi i nabłonki średnio okrągłe. Ciepłota 40°, tętno 120. Wymioty, język suchy. Z lewej strony wydala się mocz mętny, z prawej miedniczki nerkowej, mimo wprowadzenia cewnika moczowodowego na 35 cm, wydalania moczu brak. Rozpoznanie: kamień w prawym moczowodzie, ropne zapalenie miedniczki nerkowej i nerki po stronie prawej, kamica nerkowa lewostronna. *Zabieg:* usunięcie prawej nerki z kamieniem. Rozpoznanie drobnowidowe: nephritis purulenta (Zakład An. Pat. U. J., *prof. dr Stan. Ciechanowski)*. Po zabiegu stan chorej poprawił się zupełnie, ciepłota spadła do normy. Diureza do litra na dobę. Rana wygojona. Po miesiącu bóle w lewym boku i ciepłota do 39°. Po 5-ciu tygodniach od czasu pierwszej operacji nacięcie miedniczki po stronie lewej i usunięcie kamienia. Założono przetokę nerkową na dwa tygodnie. Ciepłota spadła do normy, przetokę zamknięto. Rana wygojona zupełnie. Chora oddaje mocz całkowicie przez cewkę. Opuszcza Oddział z nieznacznie mętnym moczem.



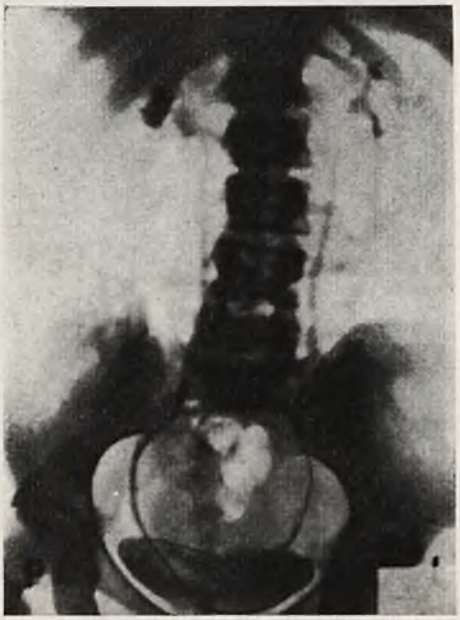
Rys. 5.

Przypadków obustronnej kamicy moczowodowej obserwowano trzy; wykonano trzykrotnie nacięcie moczowodów (przyp. 3. i 4.); w jednym przypadku zejście śmiertelne po nacięciu moczowodu z powodu długotrwałego zakażenia (martwica moczowodu).

Na 4 przypadki obustronnej kamicy nerkowej 3 były leczone chirurgicznie, czwar-

ty chory nie zgodził się na zabieg. Wykonano dwukrotnie nacięcie miedniczki, dwukrotnie nacięcie nerki z następowym sączkowaniem nerki (nephrostomia); jeden tylko chory był operowany obustronnie dwuczasowo. Poniżej podaję przypadek obustronnej kamicy nerkowej, który skończył się zejściem śmiertelnym:

Przypadek 7. G. M. kobieta lat 33. Od roku oddaje z moczem kamyczki z kwasu moczowego. Obecnie bóle na przemian w obu bokach. Ciepłota 37.6°. Rtg. (rys. 6) wykazuje po stronie prawej



Rys. 6.

ubytek w wypełnieniu w dolnej połowie miedniczki, pochodzący od dwóch kamieni słabo widocznych na zdjęciu orientacyjnym narządu moczowego. Po stronie lewej miedniczka oraz kielichy wykazują stosunki prawidłowe; kamienie po stronie lewej niewidoczne. Indygotropina: po prawej stronie w 8-mej minucie w śladzie, po stronie lewej przez 10 minut brak. Uroselektan po prawej stronie wykazuje ubytek w cieniu miedniczki (podobnie jak pyelogram wstępujący), po stronie lewej stosunki prawidłowe. Mocz: kwaśny, białka ślad; w osadzie niezbyt liczne leukocyty i czerwone ciałka krwi; w posiewach b. coli. Rozpoznanie: kamienie w prawej miedniczce nerkowej, kamica nerkowa po stronie lewej (?) Proponowano chorej usunięcie kamienia z prawej miedniczki nerkowej. Chora na zabieg nie zgodziła się; w cztery tygodnie po tym zgłasza się na Oddział. Od 4 dni silne bóle w boku prawym; gorączka do 40° z dreszczami; krwiomocz; wymioty; silne osłabienie. Rtg. wykazuje obraz jak na rys. 6. Po stronie lewej kamienie niewidoczne. Z prawej nerki płynie mocz ropny ze strzępami. W prawym podżebrzu guz odpowiadający powiększonej prawej nerce. Tętno 126, ledwo wyczuwalne. Rozpoznanie: pyelonephritis apostematosa dextra propter calcul. renis dextri; in extremis. Nephrolithiasis sinistra? *Zabieg:* w znieczuleniu miejscowym 1% nowokainą obłuszczenie nerki prawej, nacięcie nerki podłużne, wyjęcie kamieni z miedniczki nerkowej (jeden wielkości pestki daktyla, drugi dużego grochu). Założono przetokę nerkową. Kroplówka z 3% glukozy. Środki nasercowe. Po zabiegu przez 12 godzin chora oddala 200 cm moczu. Zejście śmiertelne w 18 godzin po zabiegu wśród objawów niedomogi naczyniowo-sercowej. Badanie pośmiertne: (Zakł. An. Pat. U. J. *prof. dr St. Ciechanowski)* — narząd moczowy: po prawej stronie ropne zapalenie nerki i miedniczki nerkowej, po stronie lewej 5 kamyczków z kwasu moczowego wielkości od ziarna pieprzu do dużego grochu w miedniczce nerkowej oraz kielichach nerki lewej. Lewa miedniczka rozszerzona.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z następujących względów: 1) obecność małych kamieni wywołała w przypadku obustronnej kamicy moczowej w krótkim czasie groźne zakażenie w nerce, które przebiegało b. szybko, bo w ciągu 4 dni; 2) w przypadkach kamieni z kwasu moczowego po jednej stronie należy podejrzewać obecność konkrementów w drugiej nerce; kamienie z kwasu moczowego b. często nie dają cienia na kliszy; 3) chora w porę operowana byłaby prawdopodobnie uniknęła ostrego zakażenia i zejścia śmiertelnego; 4) kamienie zaczopowujące moczowód przy jego ujściu z miedniczki wywołują dość często ostro przebiegające zakażenie, podobnie jak w przypadku 6.

Do grupy 4-tej zaliczamy z naszego materiału 7 przypadków. W jednym (r. 1933) przy obustronnej kamicy nerek z kamieniem zaczopowującym moczowód w stanie mocznicowym wykonano nacięcie moczowodu z wyjęciem kamienia; wynik śmier-

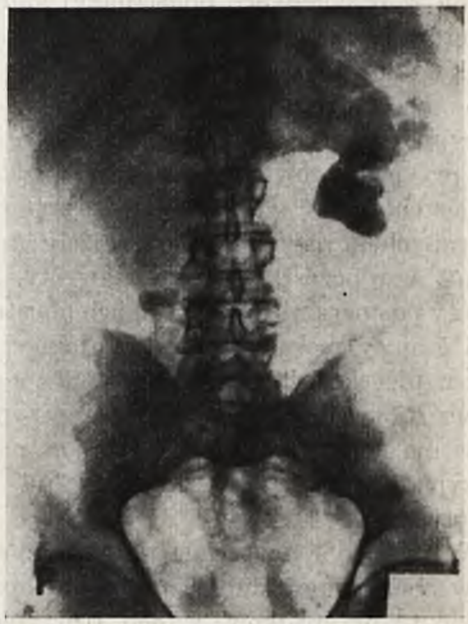
telny. W drugim (obustronne kamienie nerkowe, kamień w pęcherzu wielkości jaja kurzego) usunięto kamień z pęcherza z cięcia nadłonowego; na dalsze zabiegi chory nie zgodził się. W przypadku 3-cim, analogicznym do 2-go, skruszono w pęcherzu kamień wielkości śliwki; na dalsze zabiegi chory się nie zgodził. Podobnie w czterech pozostałych przypadkach chorzy nie zgodzili się na proponowany zabieg operacyjny.

Ad 3) A teraz kilka słów o obustronnej kamicy moczowej nie nadającej się już do zabiegu operacyjnego. W związku z tym omawiamy również przeciwwskazania operacyjne. Największy odsetek przypadków nie nadających się do zabiegu stanowią kamienie koralowe, tworzące odlewy miedniczek nerkowych i kielichów; dalej kamienie fosforanowe, obustronnie zakażone, mające skłonność do nawrotów: należą tu także kamienie cystynowe. Kamienie koralowe mogą przez długi czas nie dawać żadnych dolegliwości *(Schuessler)*. Na ogół panuje zdanie, że kamieni koralowych obustronnych nie należy operować nie tylko przy złej, ale nawet i przy dobrej sprawności czynnościowej nerek *(Mark, Young, Hagner, Gottstein)*. Bezwzględnym wskazaniem do operacji w przypadkach obustronnych kamieni koralowych nerek są: roponercze, bezmocz lub ropień okołonerkowy *(Winsbury-White)*. Najwłaściwszym zabiegiem jest wówczas założenie przetoki nerkowej. Znane są jednak przypadki, w których operowano kamienie koralowe obustronne dwuczasowo z dobrym wynikiem (nacięcie miedniczki i nacięcie nerki) *(Swan)*. Poniżej przytaczam 3 przypadki obustronnej kamicy moczowej nie nadającej się do zabiegu operacyjnego:

Przypadek 8. Obustronna kamica koralowa. U. S., kobieta, lat 36. Przed czterema laty usunięto na prowincji kamień z nerki prawej. Rtg. wykazuje odlewy koralowe obu nerek. Z obu nerek mocz ropny. Reszta azotowa we krwi 92 mg%. Próba wodna od 1005 do 1008. Mocznica, zakażenie moczowe.Zabiegu nie proponowano.

Przypadek 9. K. B., kobieta, lat 29. Rtg. wykazuje w prawej miedniczce nerkowej kamień wielkości migdała, w lewej zaś wielkości grochu. Przez 25 minut brak barwnika z obu nerek. W moczu obecne prątki Kocha. Rozpoznanie: obustronna gruźlica nerek i pęcherza moczowego, gruźlica kręgosłupa; obustronna kamica nerkowa. Zabiegu nie proponowano.

Przypadek 10. S. A., mężczyzna, lat 70. Od 30-tu lat choruje na nerki, przy czym oddaje z moczem kamienie. Obecnie bóle w obu bokach na przemian. Gorączka 39°, dreszcze. Rtg. (rys. 7): po



Rys. 7.

prawej stronie kamień w moczowodzie na wysokości 18 cm, lewa miedniczka nerkowa wypełniona kamieniem odlewowym, poniżej niej pole 4 × 5 cm wypełnione złogami drobnych kamieni. Barwnik z prawej strony przez 10 minut nie wydala się, po stronie lewej w piątej minucie w śladzie, przez 10 minut słabo intensywny. Uroselektan po stronie prawej nie wydala się. Po stronie lewej rozszerzenie miedniczki znacznego stopnia. Mocz: białko obecne, odczyn zasadowy; w osadzie bardzo liczne leukocyty i czerwone ciałka krwi. W obrazie wziernikowym z prawej strony gęsty strumień ropy. Reszta azotowa we krwi 37 mg%. Próba wodna od 1007 do 1010. Neurologicznie obu-

stronne porażenie nerwu twarzowego (na tle toksycznym?). Zwyrodnienie mięśnia sercowego. Tętno 120, słabo wyczuwalne. Rozpoznanie: kamień odlewowy lewej nerki; lewostronne wodonercze początkujące; kamień w prawym moczowodzie; roponercze prawostronne. Choremu zabiegu nie proponowano.

Jak wynika z zestawionych powyżej faktów rokowanie w przypadkach obustronnej kamicy nerkowej jest bardzo poważne. Wyniki bezpośrednie i odległe po zabiegach są złe. Przy równoczesnej mocznicy z kamicą moczową obustronną — zabieg operacyjny kończy się z reguły zejściem śmiertelnym. Śmiertelność pooperacyjna w przypadkach obustronnej kamicy moczowej waha się wedle różnych statystyk od 20% do 50%. Tak np. *Köstner* podaje na 20 przyp. operowanych w 10 przyp. wynik niepomyślny; *Brongers* na 36 przyp. operowanych 75 razy ma 20% śmiertelności; *Fedoroff* na 33 przyp. operowanych 55 razy ma w 50% zejście śmiertelne, a w pozostałych 50% nawroty. Nawroty po operacji w przypadkach obustronnej kamicy moczowej mogą pojawiać się już w pierwszych 4 tygodniach *(Stern* cyt. przez *Bibusa). Tzschirntsch* na 9 przypadków ma w 100% nawroty; *Thomas* na 17 przypadków operowanych ma w 70% nawroty.

We własnym materiale na 25 przypadków obustronnej kamicy moczowej operowano 16 przypadków; z tego 4 przypadki dwuczasowo. Na 12 przypadków operowanych jednoczasowo — w 4 wystąpiło zejście śmiertelne tj. w 30%. Na 4 przypadki operowane dwuczasowo jeden skończył się zejściem śmiertelnym po drugim zabiegu. Liczby nawrotów we własnym materiale nie możemy określić ze względu na krótki okres czasu po operacji.

Wnioski.

1. Przypadki obustronnej kamicy moczowej możemy ze względu na wskazania lecznicze podzielić na 3 grupy a) nadające się tylko do leczenia zachowawczego, b) nadające się do leczenia chirurgicznego, c) przypadki obustronnej kamicy moczowej, w których zabieg operacyjny jest przeciwwskazany.
2. We wskazaniach leczniczych obustronnej kamicy moczowej nie można trzymać się ściśle utartych schematów.
3. Bezwzględnym wskazaniem do zabiegu operacyjnego w przypadkach obustronnej kamicy moczowej jest bezmocz i ostre zakażenie (nephritis apostematosa — surgical kidney).
4. W przypadkach przewlekłych, nadających się do leczenia chirurgicznego najwłaściwszym postępowaniem jest dwuczasowy obustronny zabieg operacyjny.
5. Jeśli chodzi o wybór zabiegu operacyjnego, to obowiązuje jaknajdalej posunięty konserwatyzm.

PIŚMIENNICTWO.

André: Ref.Z. f. urol. Chir. t. 7, str. 86; t. 13. str. 356; t. 34. str. 332, *Bibus:* Ztschr. f. urol. Chir. t. 43, str. 293. *Cifuentes:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 14. str. 209; t. 42, str. 182; Z. f. Urol. t. 30, str. 206, *Boretti:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28, str. 398, *Eisendraht:* Ref. Z. f. Urol. Chir. t. 40, str. 403, *Frangenheim:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28, str. 242, *Fedoroff:* cyt. przez *Mamikonoffa, Gottstein:* Berichte über die ges. Urol. r. 1921, str. 475; Handbuch der Urologie: Lichtenberg etc. t. 4. str. 471, *Hogge:* Z. f. urol. Chir. t. 19. str. 111. *Ismir Feyzy:* Ref. Z. f. Urol. t. 25. str. 789; *Israel:* Ref. Z. f. Urol. Chir. t. 11. str. 352, *Lilienfeld:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 37. str. 48. *Legueu:* Encyclop. Franc. d'urolog. t. 3. str. 662, *Mörl:* Ref. Z. f. Urol. t. 27, str. 69. *Marion:* Traité d'Urologie, t. 1. str. 405, *Mark:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 41. s. 215. *Marinescu:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 27. str. 209. *Minder:* Z f. urol. Chir. t. 21. str. 100. *Nikolich:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 17.

str. 114. *Nadeau:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 40. str. 318, *Papin:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 19. str. 259. *Rochet:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 17. str. 260. *Rossi.* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 11. str. 223. *Reuter:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 27 str. 209. *Ravasini:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28. str. 243 *Rettig:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 25, 78. *Rosenstein:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 25. str. 552. *Mamikonoff:* Z. f. urol. Chir. t. 33. str. 507. *Janke:* Z. f. Urol. t. 21. str. 838. *Schüssler:* Deutsche Ztsch. f. Chir. t. 1 — 5, 228. str. 307 — 311. *Steinitz:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 35, str. 82. *Thevenot:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 12, str. 103. *Turner:* Ref. Z. f. urol. Chir. str. 95. t. 15. *Tzschirntsch:* Z. f. Urol. t. 31. str. 200. *Thomas:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 20. str. 143. *Tenoni:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 28. str. 244. *Turineau:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 40. str. 100. *Winsbury-White:* Ref. Z. f. urol. Chir. t. 39. str. 96.

RESUMÉ.

Sur le traitement de la lithiase urinaire bilaterale

par

Dr F. Laufer (Kraków).

Les cases de la lithiase urinaire bilaterale peuvent être divisés en trois groupes: 1) les cases qui doivent être tráité conservativement, 2) la groupe dans laquelle le traitement chirurgical est indiqué, 3) les cases dans lesquelles il éxiste une contre-indication pour l'opération. Chaque cas de la lithiase urinaire bilaterale pose un problem, qui doit être résolu individuellement en ténant compte des conditions speciales. L'anurie et l'infection demandent une intervention immédiate. Dans les cases chroniques l'opération en deux temps doit être consideré comme methode du choix. Les opérations conservatrices sont seule indiqués. Auteur donne un resumé sur son materiel personel du service d'urologie d'hôpital St. Lazare à Cracovie (Chef du service: *Dr E. Michałowski).*

Z I Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
Dyrektor: *Prof. Dr Zygmunt Radliński.*

O rzadszych umiejscowieniach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej

podał

Dr Stanisław Szenicer.

Rozwój ostrej nieswoistej sprawy zapalnej, wywołanej przez wtargnięcie drobnoustrojów ropotwórczych z zewnątrz poprzez uszkodzoną skórę, podlega na kończynie dolnej tym samym prawom ogólnopatologicznym, co w jakimkolwiek innym miejscu powłok. Tak więc sprawa może się ograniczyć do mniej lub więcej wyraźnego odczynu miejscowego aż do zropienia włącznie, może się również szerzyć per continuitatem na tkanki sąsiednie lub drogą naczyń chłonnych na gruczoły chłonne, może przejść na układ żylny, może się wreszcie ujawnić w układzie chłonnym po faktycznym lub pozornym zagojeniu ogniska pierwotnego. Stan zapalny

w układzie chłonnym może osiągnąć tu — jak i gdzie indziej — różne stopnie nasilenia: od zwykłego odczynu zapalnego (lymphangoitis et lymphadenitis simplex) aż do zropienia (lymphangoitis et lymphadenitis abscedens) i rozszerzenia się sprawy ropnej z gruczołu chłonnego na tkanki otaczające (adenophlegmone).

Zachowując się zgodnie z ogólnymi prawami, zakażenia ropne kończyny dolnej mają jednak swoje odrębne piętno, zależne od stosunków anatomicznych i topograficznych układu chłonnego tej kończyny.

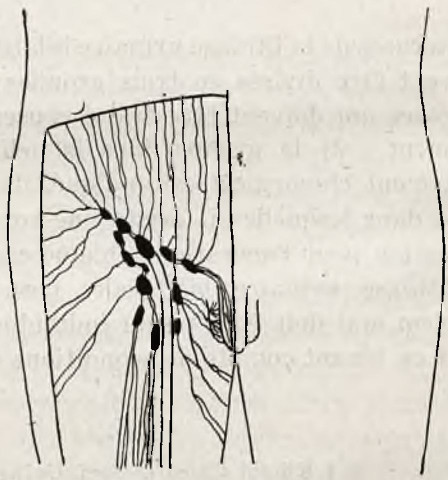
A n a t o m i a.

Istnieją na kończynie dolnej d w a u k ł a d y c h ł o n n e, posiadające — podobnie jak układy żylne — pewną wzajemną niezależność: jeden, który odprowadza chłonkę w kierunku gruczołów podkolanowych, drugi — którym płynie ona wprost ku gruczołom udowym i pachwinowym.

P i e r w s z y z t y c h u k ł a d ó w zbiera chłonkę ze skóry zewnętrznego brzegu stopy, kostki zewnętrznej i środkowego pasa tylnej powierzchni łydki wzdłuż żyły odstrzałkowej, z głębszych zaś części — z wewnętrznego odcinka stawu skokowego *(Rouvière)*, z drobnych stawów kości stępu oraz ze stawu kolanowego. Ta grupa naczyń chłonnych biegnie wzdłuż żyły odstrzałkowej i wpada do *gruczołów podkolanowych,* których liczba waha się od 3 do 6. Wszystkie one leżą pod powięzią; jeden z nich, niestały, leży najgłębiej — ku przodowi od tętnicy podkolanowej, 3 — 4 układają się po bokach naczyń podkolanowych, jeden wreszcie, również niestały, leży najbardziej powierzchownie i nosi nazwę gruczołu żyły odstrzałkowej. Poszczególne te gruczoły łączą się z sobą za pośrednictwem naczyń chłonnych łączących, od najwyżej zaś położonych gruczołów odchodzą 3 — 4 pnie, które, biegnąc wraz z naczyniami krwionośnymi udowymi do trójkąta Scarpy, odprowadzają chłonkę w górę.

Opisaną drogę przebiega tylko ta część chłonki, która trafia do naczyń chłonnych położonych nieco głębiej, w tkance tłuszczowej podskórnej. Istnieje poza tym najbardziej powierzchowna sieć naczyń chłonnych skórnych, poprzez które chłonka ze skóry całej stopy i podudzia zdąża do drugiego układu.

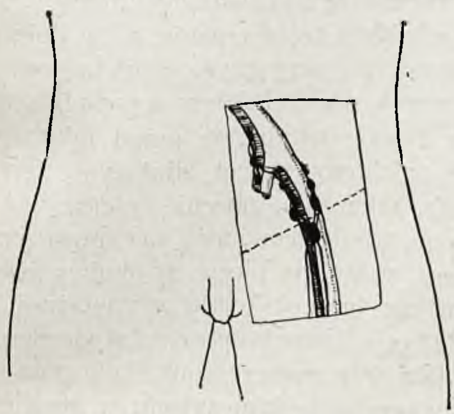
T e n d r u g i u k ł a d zbiera chłonkę z całej kończyny dolnej z wyjątkiem tych terenów, z których biegnie ona do gruczołów dołu podkolanowego. Układ ten jest więc rozleglejszy i bogatszy od pierw-



Rys. 1. Schemat gruczołów chłonnych udowych i pachwinowych powierzchownych (pierwszego i drugiego etapu).

szego; sieć jego naczyń przechodzi na udzie w kilkanaście przewodów chłonnych, które wpadają do *gruczołów pachwinowych powierzchownych.* Gruczoły te (rys. 1) można podzielić na 2 grupy: 1) *gruczoły udowe powierzchowne właściwe,* stanowiące p i e r w s z y e t a p gruczołowy dla chłonki całej prawie kończyny; grupa ta składa się z szeregu owalnych gruczołów, układających się w krótki łańcuch pionowy, przy czym ich długie osie ustawione są w osi uda; 2) *gruczoły pachwinowe powierzchowne właściwe,* będące d r u g i m e t a p e m dla chłon-

ki kończyny a zarazem stacją przepływową dla chłonki okolicy odbytu, krocza, zewnętrznych narządów płciowych, dolnobocznej powierzchni pośladka oraz podbrzusza, układają się wzdłuż więzadła Pouparta, długimi swymi osiami skierowane równolegle do niego. Dalszą drogę odbywa chłonka częściowo poprzez *gruczoły pachwinowe głębokie.* Leżą one pod powięzią szeroką, na wewnątrz od żyły udowej. Ilość ich jest zmienna, najczęściej istnieje tylko jeden gruczoł, zwany *gruczołem Cloqueta, Rosenmüllera* lub *Pirogowa,* położony najwyżej, w górnym odcinku kanału udowego, między żyłą udową a więzadłem Gimbernata; górny jego bie-



Rys. 2. Schemat gruczołów chłonnych biodrowych zewnętrznych (trzeciego etapu).

gun wystaje ponad septum femorale (fascia transversalis) lub odpycha je ku jamie brzucha. Od tego gruczołu podążają naczynia chłonne do jednego z gruczołów biodrowych zewnętrznych. Ale drogę poprzez gruczoły pachwinowe głębokie, względnie przez gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, odbywa — zdaniem *Rouvière'a* — tylko mniejsza część chłonki, większa natomiast odpływa bezpośrednio z gruczołów pachwinowych powierzchownych do *gruczołów biodrowych zewnętrznych (lymphoglandulae iliacae externae),* stanowiących t r z e c i e t a p dla chłonki kończyny dolnej (rys. 2). Naczynia chłonne, łączące drugi etap z trzecim, przebiegają częściowo przez kanał udowy, względnie przez rozstęp naczyń (lacuna vasorum), przeważnie zaś *(Rouvière)* biegną szczelinami rozstępu mięśni (lacuna musculorum). Tą lub inną drogą dochodzi w końcu chłonka do gruczołów biodrowych zewnętrznych, położonych już w miednicy, wzdłuż naczyń biodrowych zewnętrznych.

Rozróżnia się tu trzy grupy: 1) g r u p ę z e w n ę t r z n ą, położoną na zewnętrznym brzegu tętnicy biodrowej zewnętrznej, częściowo wciskającą się pomiędzy tę tętnicę a mięsień lędźwiowo-udowy; najniższy z tych gruczołów leży na tętnicy, tuż ponad więzadłem Pouparta i nazywa się *lgl. suprafemoralis lateralis;* 2) g r u p ę ś r o d k o w ą, leżącą na zewnątrz od tętnicy, na przednio-wewnętrznej powierzchni żyły, oraz 3) g r u p ę w e w n ę t r z n ą, której najniżej położony gruczoł, zwany *lgl. suprafemoralis medialis,* leży ku tyłowi od wewnętrznego kanału udowego i otrzymuje chłonkę z gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera.

Ilość i rozmiary gruczołów wszystkich trzech grup są zmienne; łączą się one między sobą za pośrednictwem licznych naczyń chłonnych. Oprócz chłonki z kończyny dolnej, wpadającej do gruczołów najniżej położonych, otrzymują one jeszcze dopływy z głębokich warstw przedniej ściany podbrzusza, częściowo z pęcherza moczowego, nasieniowodu, pęcherzyka nasiennego, części błoniastej i sterczowej cewki, z trąbki, macicy i pochwy, niekiedy z jądra względnie z jajnika.

Następnym etapem są *gruczoły biodrowe wspólne,* leżące wzdłuż jednoimiennych naczyń krwionośnych i otrzymujące chłonkę również i od *lgl. hypogastricae.* Stąd biegnie chłonka do *lgl. aorticae,* położonych w miejscu rozgałęzienia tętnicy głównej na obie biodrowe wspólne.

Klinika.

Zjawiskiem codziennym są ropne sprawy na kończynie dolnej, powikłane zapaleniem naczyń chłonnych i gruczołów udowych oraz pachwinowych. Znaczna część takich chorych nie zgłasza się wcale do chirurga, duża też część leczy się ambulatoryjnie. Do klinik i oddziałów chirurgicznych trafiają tylko przypadki cięższe, zwłaszcza te, w których dochodzi do zropienia. Dlatego też ustalenie względnej częstości z jaką ulegają stanom zapalnym poszczególne etapy gruczołów chłonnych kończyny dolnej, powinno opierać się nie tylko na statystycznych danych klinik i oddziałów chirurgicznych, lecz na całym materiale tej kategorii chorych, leczonych również i w przychodniach. Takie właśnie codzienne spostrzeżenia pozwalają na ustalenie następującej kolejności występowania omawianych spraw: najczęściej zajęciu ulegają gruczoły udowe i pachwinowe powierzchowne, rzadziej — podkolanowe, jeszcze rzadziej — udowe głębokie, względnie gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, i wreszcie najrzadziej — gruczoły biodrowe zewnętrzne czyli gruczoły trzeciego etapu.

Wytłumaczenie tej kolejności nie jest trudne. Tak więc gruczoły podkolanowe dlatego rzadziej ulegają zajęciu niż udowe i pachwinowe powierzchowne, że dopływa do nich chłonka z niewielkiego stosunkowo obszaru skóry, a w dodatku drobnoustroje z tego samego obszaru mogą przedostawać się bezpośrednio do gruczołów udowych drogą najbardziej powierzchownych naczyń chłonnych. Pierwszym więc etapem gruczołowym, do którego trafiają drobnoustroje z całej prawie powierzchni kończyny dolnej, są gruczoły udowe powierzchowne właściwe.

Gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera otrzymuje stosunkowo niewielką ilość chłonki, w dodatku już w znacznej mierze uwolnionej od drobnoustrojów. Dzięki zaś jeszcze dokładniejszemu przefiltrowaniu — do gruczołów biodrowych zewnętrznych trafia chłonka najmniej zakażona.

Obraz kliniczny oraz postępowanie w przypadkach tych umiejscowień zasługuje na omówienie zarówno ze względu na ich stosunkową rzadkość, jak i na towarzyszące im objawy ze strony sąsiednich narządów, jak wreszcie przez wzgląd na konieczność odróżniania tych spraw od innych jednostek chorobowych.

Ropne zapalenie gruczołów podkolanowych.

Chorzy zgłaszają się z powodu trudności w chodzeniu, wywołanych bólem, który umiejscowiają bądź ogólnikowo „w kolanie", bądź też wyraźnie — w dole podkolanowym, przy czym ciepłota jest podwyższona. Dokładniejsze wywiady pozwalają zwykle ustalić, że przed jakimś czasem, niekiedy nawet dłuższym, istniały wrota zakażenia, obecnie nieraz już zagojone, umiejscowione na zewnętrznym brzegu stopy, na pięcie, w okolicy ścięgna Achillesa lub też kostki zewnętrznej.

Badanie przedmiotowe stwierdza, że ciepłota jest podwyższona, kończyna jest ustawiona w lekkim zgięciu w stawie kolanowym, co ma na celu zmniejszenie napięcia w dole podkolanowym. Zarysy stawu przedstawiają się prawidłowo, staw nie zawiera wysięku; natomiast dół podkolanowy — w porównaniu ze stroną zdrową — jest wypełniony, niekiedy wygórowany, skóra w późniejszych okresach jest zaczerwieniona, stwierdza się bolesne nacieczenie, a w dalszym rozwoju sprawy — chełbotanie, trudne nieraz do wykrycia. Poszukując punktu wyjścia, można znaleźć wygasłą lub czynną sprawę zapalną w opisanych okolicach stopy lub podudzia, czasem też czerwone smugi zapalnie zmienionych naczyń chłonnych, biegnących od ogniska pierwotnego. Zbadanie trójkąta Scarpy umożliwi również oce-

nę stanu gruczołów chłonnych tej okolicy. Nakłucie próbne daje najczęściej gęstą niecuchnącą ropę, w której przeważnie wykrywa się ziarenkowce.

L e c z e n i e. Dopóki nie doszło do zropienia, zalecamy okłady wilgotne, unieruchamiamy kończynę w szynie, stosujemy proteinoterapię. Z chwilą stwierdzenia ropy, dokonujemy podłużnego nacięcia przez szczyt wygórowania. Jeżeli trzeba zrobić przeciwotwory, należy pamiętać o naczyniach i nerwach.

Zapalenie gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera.

Sprawa ta może, jak wiadomo, symulować przepuklinę udową uwięźniętą, zwłaszcza, że mogą tu występować objawy podrażnienia otrzewnej. Za zajęciem gruczołu przemawia: mniej ostry niż w uwięźnięciu przepukliny początek, stwierdzenie wrót zakażenia, podniesiona od pierwszej chwili ciepłota. Zdarzają się przypadki trudne do rozstrzygnięcia; należy wówczas operować i wyjaśnić istotę sprawy.

Ropnie gruczołów biodrowych zewnętrznych (trzeciego etapu).

Należą one do najrzadszych umiejscowień zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej. Wynika to nie tylko z rzadkiej istotnie lokalizacji, ale i stąd, że przypadki te bywają nieraz mylnie interpretowane.

W ostatnich czasach spostrzegaliśmy w Klinice trzy przypadki ropni gruczołów dołu biodrowego, w których punktem wyjścia były sprawy zakaźne na kończynie dolnej. Historię choroby przytoczę w skróceniu:

Przypadek 1. 46-letnia chora przybyła do Kliniki 26.V 37 z powodu bólu, obrzmienia i zaczerwienienia podudzia prawego. Dwa tygodnie temu uderzyła się obcasem w kostkę wewnętrzną prawej nogi, ocierając naskórek. Po kilku dniach wystąpiło w tym miejscu nieznaczne ropienie. W ostatnich dniach ciepłota podniosła się do 38°, zjawiło się bolesne zaczerwienienie na podudziu oraz ból w pachwinie. Stan obecny: ciepłota 37,8°; kończyna dolna prawa: ustawienie prawidłowe; na kostce powierzchowne ropiejące otarcie. Rozlane zaczerwienienie o niewyraźnych granicach oraz obrzęk na przyśrodkowej powierzchni podudzia. Bolesność wzdłuż przebiegu żyły odpiszczelowej. Gruczoły udowe i pachwinowe powiększone, bolesne, twarde. Zastosowano okłady, unieruchomienie, proteinoterapię.

29.V obrzmienie i bolesność gruczołów na udzie mniejsze. 31.V ciepłota wieczorna 39,1°; zaczerwienienie i obrzmienie skóry na podudziu wzmogło się, zjawiły się liczne pęcherzyki, wypełnione przejrzystym płynem (erysipelas bullosum); gruczoły pachwinowe żywo bolesne. Podano septazinę (4 tabl. dz.) i prontosil domięśniowo. 3.VI ciepłota jak wyżej; gruczoły na udzie mniejsze i mało bolesne, natomiast powyżej prawego więzadła Pouparta stwierdza się żywo bolesny naciek, niewyraźnie chełboczący. W uśpieniu dokonano nakłucia w pobliżu zewnętrznego brzegu nacieczenia, powyżej więzadła Pouparta, lecz ropy nie znaleziono. 6.VI przy powtórnym nakłuciu natrafiono na ropę, wobec czego, nie wyjmując igły, otworzono ropień z cięcia równoległego do więzadła Pouparta, przecinając warstwowo tkanki, bliżej wewnętrznej powierzchni talerza biodrowego. Wylała się szklanka gęstej zielonkawej ropy. Jamę ropnia, wielkości pięści, sięgającą aż do małej miednicy, sączkowano. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. 20.VI chora opuściła Klinikę z raną wypełnioną zdrową ziarniną.

Przypadek 2. 22-letni chory zgłosił się 18.VIII 37 z powodu gorączki i bolesnego guza w okolicy lewej pachwiny. Przed tygodniem zaczął odczuwać silny ból w tej okolicy, miał dreszcze i podwyższoną ciepłotę, w miejscu bolesnym wystąpiło zaczerwienienie. Przed dwoma tygodniami, pracując w polu, zakłuł się w trzeci palec lewej nogi. Stan obecny: ciepłota 39,4°, tętno 84. Kończyna dolna lewa jest ustawiona w lekkim zgięciu w stawie biodrowym; w lewej okolicy pachwinowej stwierdza się wygórowanie, na którym skóra jest zaczerwieniona; wygórowanie to jest żywo bolesne, twarde, nie chełboczące. Zalecono wilgotne okłady, unieruchomienie, propidon.

19.VIII — 6.IX ciepłota wiecz.: 39 — 40°. Chełbotania nie stwierdza się. 7.IX wystąpiło chełbotanie, wobec czego guz na udzie nacięto; wydobyła się duża ilość ropy, którą pobrano do zbadania. W preparatach i w posiewach — paciorkowce. Po nacięciu ropnia ciepłota początko-

wo opadła, dnia 9.IX wieczorem wynosiła już tylko 37,7°, ale potem znów zaczęła się podnosić, przekraczając 39° dnia 12.IX. Jednocześnie chory zaczął się skarżyć na ból powyżej lewego więzadła Pouparta, gdzie też stwierdzono rozlany, bolesny i chełboczący opór. 13.IX w uśpieniu nacięto ropień powyżej lewego więzadła Pouparta; wylała się znaczna ilość ropy, w której badanie bakteriologiczne wykazało paciorkowce. W dalszym przebiegu trzeba było rozszerzyć ranę powyżej więzadła Pouparta; 20.X chory został wypisany do leczenia ambulatoryjnego.

Przypadek 3. 25.VI 37 przywieziono do Kliniki 5-letnią dziewczynkę z powodu znacznie podwyższonej ciepłoty z dreszczami, bolesności podbrzusza po stronie lewej i silnego przykurczu lewej kończyny w stawie biodrowym i kolanowym. Przed dwoma tygodniami skaleczyła się w okolicę kostki zewnętrznej lewej nogi, po kilku dniach zaczęła odczuwać pobolewanie w okolicy lewej pachwiny; po paru następnych dniach wystąpił przykurcz w stawie biodrowym. Stan obecny: ciepłota 39,8°, tętno 126. Lewa kończyna dolna tak silnie przykurczona w stawie biodrowym i kolanowym, że zbadanie okolicy lewego talerza biodrowego bez uśpienia było niemożliwe. Trącanie w okolicę krętarza wielkiego niebolesne, ruch obrotowy do zewnątrz, odwiedzenie oraz przywiedzenie — możliwe. Zdjęcie rentgenowskie zmian w stawie biodrowym i w miednicy nie wykazało.

26.VI w uśpieniu wyprostowano kończynę i stwierdzono powyżej lewego więzadła Pouparta chełboczący guz, sięgający prawie do przedniego górnego kolca kości biodrowej. Na wewnątrz od kolca dokonano nakłucia i uzyskano gęstą niecuchnącą ropę. Nacięto wówczas ropień wzdłuż igły, równolegle do więzadła Pouparta. Wylała się duża ilość ropy. Jamę ropnia sączkowano.

Wyżej opisane trzy przypadki stanowią ilustrację obrazu klinicznego ropnia gruczołów biodrowych zewnętrznych. Chorzy zgłaszają się z powodu podwyższonej ciepłoty, bólów w okolicy pachwiny i mniej lub więcej zaznaczonego przykurczu w stawie biodrowym. Wywiady dotyczące punktu wyjścia sprawy przedstawiają się podobnie, jak w przypadkach zapalenia gruczołów kończyny dolnej niższych etapów. Te ostatnie albo uległy zropieniu, albo tylko obrzmieniu zapalnemu, albo wreszcie nie biorą udziału w sprawie. Zakażenie przenika do trzeciego etapu albo poprzez gruczoł Cloqueta-Rosenmüllera, albo bezpośrednimi drogami chłonnymi, łączącymi gruczoły pachwinowe powierzchowne z biodrowymi zewnętrznymi. Które z tych ostatnich zostają zajęte, a które oszczędzone, w których dochodzi do ropienia, w których zaś nie — tego nie wiemy; nie ma to, zresztą, większego znaczenia, ważne jest tylko rozstrzygnięcie, czy w poszczególnym przypadku toczy się sprawa ropna w gruczołach trzeciego etapu. Prawdopodobnie nierzadko bywa zajęty najniżej położony gruczoł grupy wewnętrznej, stanowiący w tym etapie odbiornik dla chłonki, wypływającej z gruczołu Cloqueta-Rosenmüllera. Ważne jest również, że zropienie gruczołów udowych i pachwinowych bynajmniej nie wyłącza możliwości zropienia gruczołów trzeciego etapu. Jeżeli więc po nacięciu ropowicy gruczołów na udzie, względnie w pachwinie, nie następuje spadek ciepłoty, należy zwrócić uwagę na okolicę powyżej więzadła Pouparta. Czasem można stwierdzić w stawie biodrowym przykurcz, zależny od bliskiego sąsiedztwa mięśnia lędźwiowo - udowego. Przykurcz może nie wystąpić, może też niekiedy być tak silny, że dla zbadania chorego trzeba go uśpić. Obmacując okolicę talerza biodrowego stwierdzamy, iż w dolnej swej części, powyżej więzadła Pouparta, jest ona wypełniona przez bolesny guz o rozlanych granicach, nieruchomy, w późniejszych okresach chełboczący. Badanie przez odbytnicę lub przez pochwę zwykle wykazuje stosunki normalne, możliwe jest jednak opuszczenie się ropy w dół do miednicy małej; można wtedy stwierdzić nacieczenie w jej bocznej ścianie, w obrębie mięśnia zasłonowego wewnętrznego (jeden z trzech przypadków, opisanych przez *Savariaud)*. Podwyższona ciepłota i wzmożona leukocytoza dopełniają obrazu.

Obraz ten posiada jednak wiele cech wspólnych dla schorzeń o zupełnie innej etiologii.

Tak więc ból w okolicy pachwiny, przykurcz i podniesiona ciepłota nasuwają przede wszystkim podejrzenie *ostrego zapalenia stawu biodrowego.* Cechami odróżniającymi będą tu, obok wywiadów, ewentualnego wykrycia punktu wyjścia oraz zajęcia naczyń chłonnych i gruczołów niższych etapów, możliwość wykonania w pewnym zakresie wszystkich ruchów z wyjątkiem wyprostowania i skręcenia do wewnątrz, brak bolesności przy uderzaniu pięścią w krętarz wielki i brak zmian na rentgenogramie; to ostatnie, oczywiście, we wczesnym okresie nie jest jeszcze miarodajne.

W przypadkach *ostrego ropnego zapalenia torebki tłuszczowej nerki (paranephritis)* może wystąpić podobny obraz wtedy, kiedy ropa opuści się na talerz biodrowy. W tych razach zbadanie okolicy lędźwiowej i wykrycie całego zespołu charakterystycznych objawów pozwoli sprawę rozpoznać.

Przy prawostronnym umiejscowieniu myśleć można o *ropniu okołowyrostkowym;* w różnicowaniu uwzględnić należy wywiady i dotychczasowy przebieg.

Pozostaje w końcu jeszcze jedno schorzenie — *ostre ropne zapalenie mięśnia lędźwiowo - biodrowego,* odróżnienie którego od ropnia gruczołów trzeciego etapu bywa czasem niemożliwe. Rozpoznaje się *psoitis,* jeżeli nacieczenie zapalne, względnie ropień, umiejscowiony jest wyżej na talerzu biodrowym i jeżeli można wyłączyć wszystkie wyżej omówione jednostki chorobowe, wtedy kiedy ani wywiady, ani badanie przedmiotowe nie pozwolą dopatrzeć się na kończynie dolnej punktu wyjścia sprawy i szerzenia się jej na układ chłonny. Jeżeli zaś uwzględnimy, że przyczyną ropnia gruczołów mogło być drobne uszkodzenie, którego chory nie pamięta i po którym śladu nie zostało, oraz że niższe etapy gruczołów mogły być ominięte, to trzeba się zgodzić, że niewątpliwie pewna część przypadków, rozpoznawanych jako *psoitis acuta purulenta,* należy w istocie do grupy ropni gruczołów biodrowych zewnętrznych.

Rozróżnianie obu tych spraw nie ma zresztą praktycznego znaczenia, gdyż p o s t ę p o w a n i e l e c z n i c z e jest w obu wypadkach jedno i to samo: dopóki nie stwierdzamy obecności ropy, zachowujemy się wyczekująco, stosując okłady i proteinoterapię. Opierając się na przebiegu ciepłoty, na zachowaniu się leukocytozy i — co najważniejsza — na stwierdzeniu chełbotania, przystępujemy do otwarcia ropnia. W uśpieniu sprawdzamy jeszcze raz, czy występuje chełbotanie, i wykonujemy nakłucie próbne. Miejsca nakłucia nie można określić szablonowo dla wszystkich przypadków. Zależy ono od rozmiarów i kształtów guza zapalnego. Jasne jest, że nie wolno iść igłą poprzez jamę otrzewnową. To też należy się trzymać pobliża ściany talerza biodrowego i nakłuwać ropień tuż ponad więzadłem Pouparta, u zewnętrznego brzegu guza, bliżej przedniego górnego końca kości biodrowej, ewentualnie w połowie odległości między przebiegiem tętnicy a kolcem. Uzyskawszy ropę, najczęściej bezwonną, przeważnie gronkowcową lub paciorkowcową, igły nie wycofujemy, lecz prowadzimy cięcie równoległe do więzadła Pouparta, kierując się na igłę, ale raczej ku zewnątrz; mięśnie rozsuwamy na tępo, aż dotrzemy do zbiornika ropy. Palcem, wprowadzonym do jamy ropnia, orientujemy się w jej rozmiarach i kształcie i wykładamy ją luźno sączkami gazowymi.

Dalsze prowadzenie odbywa się według zwykłych zasad. Gojenie przebiega pomyślnie, mimo, że ropa ma odpływać w kierunku przeciwnym do działania siły ciężkości. Podobnie bowiem jak w ropniach wewnątrzotrzewnowych działa tu ciśnienie śródotrzewne, które wytłacza ropę ku górze.

PIŚMIENNICTWO.

P. Bartels. Das Lymphgefässsystem, 1909, *G. M. Jossifow.* Das Lymphgefässsystem des Menschen, 1930, *H. Rouvière.* Anatomie des Lymphatiques de l'Homme, 1932, *Félizet.* Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des membres. Bull. Soc. Chir. 1893, t. 19, str. 521—4, *J. Brault.* Contribution à l'étude des abscès de la fosse iliaque. Revue de Chirurgie 1895, zesz. 15, str. 246, *Savariaud.* Adéno-phlegmons iliaques et pelviens consécutifs aux lymphangite du membre inférieur. Presse Méd. 1905, Nr. 19, *Gras.* Adénophlegmons inguinaux et iliaques traités par les injections de vaseline iodof. Gazette des Hôpitaux, 1906, Nr. 39, *Mercadé.* Adénite sus- et préinguinale. Gaz. des Hôpit. 1907, Nr. 3, *Dejouany et Viguier.* Adéno-phlegmons iliaques. Presse Méd. 1910, Nr. 44, *Savariaud.* Adénite de la fosse iliaque simulant une tumeur de la paroi. Bull. Mem. Soc. de Chir. 1912, 5, *A. Most.* Chirurgie der Lymphgefässe und der Lymphdrüsen, 1917. *A. Buzello.* Die akuten eitrigen Infektionen in der Chirurgie und ihre Behandlung, 1926, *C. Steinthal.* Die Beckenabscesse — w „Handbuch der praktischen Chirurgie" (Garré, Küttner, Lexer), tom IV, 1927, *E. Haim.* Über metastatische und fortgeleitete Eiterungen in kleinen Becken. Brun's Beitr. 147, 1929, str. 156—160, *P. Ingelrans et J. Minne.* Onze cas de psoitis primitives. Rev. d'Orthop. t. 20, 1933, str. 577—602.

RÉSUMÉ.

Des rares localisations d' adéno - phlegmons du membre inférieur

par

Dr S. Szenicer (Varsovie).

L'auteur donne la description anatomique du système lymphatique du membre inférieur. Attire l'attention, qu'en dehors d'une petite région cutanée, dont la lymphe va vers les ganglions poplités, la lymphe de toute la région restante s'écoule vers les ganglions fémoraux superficiels (1-ère étape), de là vers les ganglions inguinaux superficiels (2-ème étape), puis ensuite — directement où par le ganglion de Cloquet-Rosenmüller — vers les ganglions iliaques externes (3-ème étape). Enfin par les ganglions iliaques primitifs elle s'écoule vers les ganglions aortiques.

L'auteur s'occupe des localisations rares des adénites banales, dont le point de départ siège sur le membre inférieur. Il peut même agir d'une lésion minuscule de la peau, dont l'interrogation doit découvrir l'existence.

Après avoir décrit succinctement le tableau clinique et le traitement de l'adénite du creux poplité et du ganglion de Cloquet-Rosenmüller, l'auteur s'arrête plus longuement sur la localisation la plus rare, c. à d. sur l'abscès des ganglions iliaques externes. Trace le tableau clinique et le diagnostic différentiel avec l'arthrite coxo-fémorale aiguë, la paranephrite, l'abscès periappendiculaire et la psoatite aiguë purulente. Il souligne en outre la grande difficulté du diagnostic différentiel avec cette dernière maladie, qui n'a pas d'ailleurs d'intérêt pratique. En finissant l'auteur décrit le traitement des adéno-phlegmons iliaques.

Les trois cas des adéno-phlegmons iliaques, observés à la I Clinique Chirurgicale de l'Université de J. Piłsudski à Varsovie, démontrent l'existence réelle du tableau clinique décrit.

KAZUISTYKA

Z II Kliniki Chirurgicznej U. J. P. w Warszawie.
Kierownik: *Prof. Dr A. Wojciechowski.*

Przypadek rozszerzenia torbielowatego naczyń chłonnych szyi (Lymphangiectasiae cysticae colli)

podał

Dr S. Boguszewski.

Do szeregu guzów niezapalnych umiejscowionych na szyi należą twory powstałe na skutek torbielowatego rozszerzenia naczyń chłonnych tej okolicy. Twory te nasuwają dużo zagadnień natury etiologicznej, klinicznej i leczniczej. Przed bliższym ich rozpatrzeniem opiszę spostrzegany ostatnio przeze mnie przypadek w II Klinice Chirurgicznej U. J. P.

Chora lat 23, niezamężna, z zawodu pomocnica domowa, zgłosiła się ze skargami na obecność w prawej okolicy podszczękowej guza miękkiego, rozlanego, wielkości zmiennej, wahającej się od rozmiarów dużej śliwki do małego jabłka. Podaje, że od dzieciństwa cierpi na próchnicę zębów połączoną z silnymi bólami. Leczyła się dotychczas sama gorącymi okładami. W czasie bólów miewała znaczne obrzęki umiejscowione obustronnie na szyi tuż pod szczęką. Po ustąpieniu bólów obrzęki te zwykle znikały. Przed 3 — 4 laty zauważyła, że obrzęk po stronie prawej utrzymywał się dłużej, cofając się o 2 — 3 tygodnie później, aniżeli po stronie lewej. Stan taki trwał aż do r. 1936, kiedy kolejno występujące w związku z bólami zębów obrzmienie okolicy podszczękowej prawej nie cofnęło się, utrzymując się aż do chwili zgłoszenia się chorej do Kliniki. Chora podkreśla, że guz zazwyczaj w lecie bywał mniejszy, w zimie zaś, a zwłaszcza jesienią i wiosną, kiedy chora skłonna do przeziębień zapadała na zdrowiu, ulegał powiększeniu. Ostatnio leczyła się bezskutecznie naświetlaniami rentgenowskimi.

Badaniem stwierdza się: budowa chorej prawidłowa, odżywienie dobre, gruczoły chłonne nie powiększone, migdały duże, obecnie w stanie nie zapalnym. W narządach wewnętrznych zmian dostrzegalnych nie ma. Badanie krwi i moczu odchyleń nie wykazały.

Miejscowo już na pierwszy rzut oka widzi się znaczną asymetrię szyi. Okolica podszczękowa prawa wyraźnie uwypuklona, skóra nie zmieniona, z podłożem nie związana. Istotę uwypuklenia stanowi guz, sięgający ku dołowi prawie do obojczyka, ku górze nieco poniżej poziomej gałęzi żuchwy, ku przodowi nie dochodzący na 3 — 4 cm do linii środkowej, a ku tyłowi sięgający do przedniego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Guz ten ma granice nie dające się ściśle określić, konsystencję miękką, ze skórą i podłożem mięśniowym nie jest związany.

Chorą poddano zabiegowi *(prof. Wojciechowski).* Z cięcia wzdłuż dolnego brzegu poziomej gałęzi żuchwy dotarto do guza i wydzielono go z otaczających tkanek i narządów, którymi były między innymi od tyłu mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy, przyśrodkowo ślinianka, a od przodu i góry tkanka podskórna. Podczas zabiegu guz pękł, wylała się treść półpłynna żółtawa w ilości 10 — 15 cm^3. Po usunięciu pozostałości tworu powłoki zeszyto szwem wśródskórnym; w dolnym biegunie rany umieszczono drenik gumowy, który po 2 dniach usunięto.

Badanie mikroskopowe wykazało, że chodzi o twór torbielowaty z tkanki łącznej, że wyściełają go komórki o charakterze śródbłonków, że jego ściana ma liczne szczeliny wysłane podobnie i że w preparacie są rozrzucone nacieki składające się przeważnie z limfocytów, przy czym nie widzi się żadnych cech nowotworzenia. Rozpoznano *torbielowate rozszerzenie naczynia limfatycznego (lymphangiectasia cystica)*

Pochodzenie tej względnie rzadko spotykanej postaci chorobowej nie jest dostatecznie wytłumaczone, w sprawie tej istnieją jedynie przypuszczenia. Niektórzy sądzą mianowicie, że może ona powstać, gdy odpływ chłonki z pewnego odcinka dróg limfatycznych jest utrudniony albo niemożliwy. Może to nastąpić z powodu zwężenia światła naczynia odprowadzającego chłonkę, a więc w razie jego zarostowego zapalenia, gruźlicy itp. Nieraz przyczyną tego jest ucisk z zewnątrz, przez sprawę rozwijającą się w otoczeniu, a więc w przypadku nowotworu, bliznowatego zaciągnięcia, ewentualnego uszkodzenia naczynia chłonnego podczas zabiegu operacyjnego lub na skutek urazu. Wówczas chłonka szuka ujścia z danego odcinka naczyniowego i zwykle je znajduje w postaci licznych bocznic, których układ chłonny, podobnie jak krwionośny, posiada bogatą sieć. W pewnych jednak, a bliżej nieznanych warunkach, do takiego odpływu chłonki przez drogi oboczne nie dochodzi. Spostrzega się to między innymi w warunkach długo utrzymującego się miejscowego przekrwienia żylnego. Wytwarzająca się wówczas w większej ilości chłonka albo rozciąga naczynia tworząc różnej wielkości torbiele, albo przenikając przez ściany naczyń do otaczających przestrzeni międzykomórkowych, powoduje powstanie obrzęku. Niejednokrotnie dłuższe utrzymywanie się takiego obrzęku stanowi bodziec do rozwoju tkanki łącznej, co powoduje rozległe stwardnienie o cechach trwałych. Podobne zmiany widuje się również w innych okolicach ciała, np. na podudziu w ulcus cruris (pachydermia lymphangiectatica). Jeśli większe obrzęki ulegają organizacji powstaje t. zw. słoniowatość (elephantiasis), którą należy odróżnić od podobnej zresztą etiologicznie i objawowo postaci chorobowej występującej pod zwrotnikiem, t. zw. elephantiasis Arabum, podłożem której jest stan zapalny naczyń chłonnych wywołany przez pasorzyta Filaria Bancrofti.

Rozszerzenie naczyń chłonnych można spotkać wszędzie. Miejscami specjalnie uprzywilejowanymi są duże surowicze jamy ciała. W jamie brzusznej lymphangiectasiae spotyka się w postaci większych lub mniejszych białych guzków na surowiczej powierzchni jelit lub w postaci torbieli chłonnych krezki, najczęściej w wypadkach gruźlicy tych narządów. Podobnie widuje się nieraz takie zmieny na błonach surowiczych worka sercowego i opłucnowego, zwłaszcza w raku płuca lub w status lymphaticus. Niejednokrotnie spotyka się też rozszerzenie różnego stopnia lub torbiele głównego przewodu chłonnego (cysterna chyli) i większych pni naczyń chłonnych. Niektórzy autorzy zaliczają do tej grupy schorzeń również t. zw. ascites chylosus lub chylothorax przy dużych wylewach chłonki do jam ciała.

Najczęściej wszakże większe lub mniejsze rozszerzenie naczyń limfatycznych widuje się w powłokach. Głębiej lub płyciej umiejscowione w tkance podskórnej, anatomicznie związane lub nie związane z pozostałym układem chłonnym, rozszerzenia te w postaci tworów składających się z jednej lub kilku torbieli, wypełnionych płynem białawym lub żółtawym o konsystencji kleistej, dają na zewnątrz obraz guzów rozmaitego, przeważnie nieforemnego kształtu.

W piśmiennictwie spotyka się również inne zapatrywania na istotę omawianych tworów limfatycznych. Mianowicie niektórzy autorzy uważają wszystkie guzowatości wychodzące z układu chłonnego i naczyniowego za nowotwory, tak dalece, że nawet żylaki odbytu są przez nich traktowane jako nowotwory łagodne. Odbija się to i w mianownictwie, bowiem sprawę przez nas rozpatrywaną określa się nierzadko

jako *lymphangioma cysticum*, dając w samej nazwie wyraz przekonania o czynnym nowotworowym pochodzeniu guza; większość wszakże skłonna dzielić guzy i torbiele wychodzące z układu limfatycznego na dwie grupy: z a s t o j o w ą i n o w o t w o r o w ą, biorąc za podstawę podziału cechy nowotworzenia, stwierdzone badaniem anatomo-patologicznym, odgraniczenie od otoczenia i samodzielny wzrost guza. Autorzy ci uważają, że za nowotworowym pochodzeniem guza przemawia stwierdzenie w utkaniu jego wypustek śródbłonka, kanalizujących się następowo i dających przez to początek szybko rosnącym naczyniom, które, przeplatając się i rozszerzając w sposób jaknajbardziej rozmaity, składają się na szybki wzrost utkania nowotworu. Przeciwnie w grupie guzów zastojowych badanie mikroskopowe nie stwierdza rozrostu naczyń, nie widzi się również bujania komórek śródbłonka. Tu ściany naczynia, ulegając ciśnieniu nagromadzonej w ich świetle cieczy, powoli rozciągają się, tworząc bądź torbiele pojedyncze, bądź szereg torbieli, albo połączonych ze sobą i z układem naczyniowym, albo też zupełnie samodzielnych. W ścianach takich torbieli udaje się niekiedy stwierdzić nieznaczny przerost włókien mięsnych, stanowiący niejako reakcję na działanie sił rozciągających, t. zw. przerost roboczy. Warto zaznaczyć, że taka torbiel zastojowa reaguje nieraz na bądźce zewnętrzne, tak jak reaguje układ chłonny danej okolicy.

Podobne zjawisko stwierdzało się i w spostrzeganym przeze mnie przypadku, a mianowicie wielkość torbieli ulegała wahaniom w zależności od stanu zębów, migdałków, przeziębienia chorej itp. okoliczności. Zjawisko to było też jednym z momentów, który skłonił do klinicznego rozpoznawania w danym przypadku guza związanego z układem naczyń chłonnych. W preparacie uzyskanym w czasie zabiegu nie wykryto cech nowotworzenia, co pozwalałoby rozpoznać lymphangioma cysticum; stwierdzono natomiast torbiel wychodzącą z układu chłonnego, typową torbiel powstałą na tle zastoju limfy.

Z punktu widzenia postępowania operacyjnego zagadnienie nowotworowego czy też zastojowego pochodzenia omawianych torbieli limfatycznych jest sprawą drugorzędną, ponieważ twory te wymagają z reguły doszczętnego usunięcia w granicach zdrowych tkanek. Zresztą podstawy anatomo-patologiczne, którymi wypadałoby się kierować przy ustalaniu istoty tych guzów, mogą być uzyskane dopiero po zabiegu. Rokowanie może być więc ściśle ustalone dopiero po usunięciu i zbadaniu guza; na ogół bywa ono pomyślne.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *dr Jerzy Jasieński.*

Dwa przypadki zastarzałych ropniaków opłucnej, wyleczone przy pomocy torakoplastyki

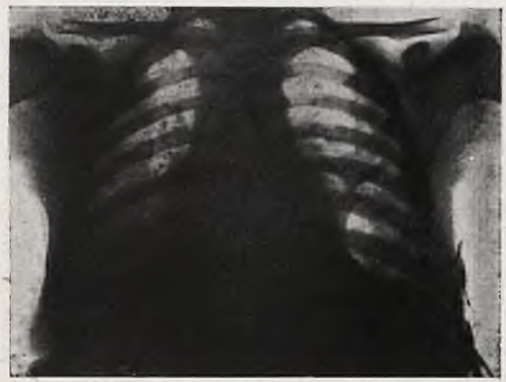
podał

Dr Roman Wolański.

Historia choroby przypadku pierwszego jest następująca:

Pacjentka lat 19 zachorowała w styczniu 1936 w 9-ym miesiącu ciąży — stwierdzono wysiękowe zapalenie lewej opłucnej. Po kilku dniach odbyła poród. W 3. tygodniu choroby przeniesiona na oddział chirurgiczny z powodu ropnego zapalenia lewej opłucnej; z ropy wyhodowano pa-

ciorkowca. Ze względu na zły ogólny stan chorej, gorączki septyczne i przesunięcie śródpiersia na prawo — w dniu następnym podokostnowe wycięcie kawałka IX lewego żebra w linii pachowej tylnej, torakotomia i drenaż klatki piersiowej. Mimo niewielkiego otworu w powłokach i opłucnej, szczelnego umocowania drenu i założenia syfonu, wskutek ropienia rany powstała odma piersiowa. Ogólny stan chorej szybko się poprawił. W 3 miesiące później przekonano się, że zapadnięte płuco mimo wszystkich zabiegów nie rozszerzyło się, że utrzymuje się jama między silnie zgrubiałą opłucną ścienną a płucną, obficie wydzielająca. W uśpieniu ewipanowym wykonano torakoplastykę, wycinając znajdujące się ponad jamą odcinki żeber od X do VII włącznie. Jamę ropniaka szeroko otwarto i drenowano. W trzy tygodnie później, wobec niecałkowitego zapadnięcia się jamy, wyrwanie nerwu przeponowego. Chorą wypisano z drobną przetoką skąpo wydzielającą. Po ½ roku zgłosiła się ponownie z niezagojoną przetoką. Rentgenogram wykazał wysokie ustawienie lewej przepony, pomniejszenie lewego pola płucnego i zaciemnienie dolnej jego połowy przez zrosty i zgrubiałą opłucnę. Nie stwierdzono na zdjęciu obecności jamy. Wobec utrzymywania się wydzieliny z przetoki powtórny zabieg: wycięto dalsze odcinki żeber od IX do VII włącznie, otwarto szeroko niezarośniętą jamę ropniaka, przy czym przekonano się, że sięga ona ku górze do wysokości V żebra. Wycięto więc podokostnowo odcinki żeber VI i V, przecięto ponad jamą części miękkie wraz z silnie zgrubiałą opłucną, wpuklając je w głąb po wyskrobaniu wypełniającej jamę tkanki ziarninowej — zniesiono w ten sposób całkowicie zewnętrzną ścianę jamy. Po 3 miesiącach chora opuściła szpital zagojona. Dziś po upływie dalszych 10 miesięcy jest całkiem zdrowa, na nic się nie skarży i pracuje na oddziale jako pielęgniarka (rys. 1 i 2).



Rys. 1.



Rys. 2.

Mieliśmy w tym przypadku do czynienia z zastarzałym ropniakiem opłucnej. Nazwą tą określamy ostre ropniaki opłucnej, nie ulegające wyleczeniu w ciągu dłuższego czasu, 3 — 4 miesięcy i więcej. Chodzi o przypadki, w których, mimo stworzenia dobrego odpływu dla ropy, uciśnięte początkowo przez nią i odsunięte ku kręgosłupowi płuco nie rozszerza się po pewnym czasie, nie powraca na dawne swe miejsce, lecz pozostaje zapadnięte i nieruchome mimo wszelkich stosowanych w tym celu zabiegów: prób rozdymania go przez chorych przez nadmuchiwanie poduszek gumowych, szczelnych opatrunków, zmierzających do odcięcia dopływu z zewnątrz powietrza itp. W przypadkach tych w opłucnej utrzymuje się stale niczym nie wypełniona przestrzeń, jama komunikująca ze światem zewnętrznym, stale wydzielająca treść ropną i przetoka, która nigdy nie ulega zagojeniu. Toczący się w opłucnej proces ropny prowadzi po dłuższym czasie do wybitnego jej zgrubienia; grubieje nie tylko opłucna ścienna, lecz i płucna; powierzchnia zapadniętego płuca pokrywa się grubą warstwą tkanki bliznowatej, wskutek czego płuco już nigdy w przy-

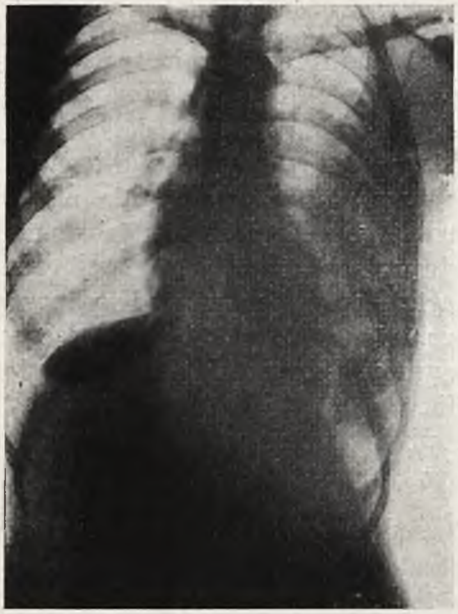
szłości nie będzie w stanie rozszerzyć się. Bez odpowiedniego leczenia chirurgicznego chorzy ci coraz bardziej słabną i wcześniej czy później giną wskutek skrobiawicy narządów wewnętrznych.

Jaka jest przyczyna, że w jednych przypadkach po odpuszczeniu ropy z opłucnej uciśnięte płuco rozszerza się i wypełnia jamę opłucnową, w innych zaś nie?

Ewald przypisywał wyłącznie chirurgom winę powstania zastarzałych ropniaków opłucnej. Pogląd ten nie jest właściwy. Niewątpliwie wadliwy sposób leczenia ostrego ropniaka opłucnej w części przypadków może być przyczyną wytworzenia się zastarzałego ropniaka. Wbrew wszakże nie tak dawnym, bo przedwojennym zasadom, nie otwieramy już dziś szeroko klatki piersiowej, nie wprowadzamy do opłucnej aż czterech drenów w różnych kierunkach, jak to robili Francuzi, lecz ograniczamy się do zamkniętego, względnie do nawpół zamkniętego leczenia ropniaków. Przy zakażeniu pneumokokowym wystarczają częstokroć do uzyskania wyleczenia nakłucia opróżniające przy pomocy aparatu Potaina. Przy zakażeniu gronkowcowym lub paciorkowcowym u dzieci z reguły, a u dorosłych tylko przy ciężkim stanie ogólnym (w przebiegu zapalenia płuc itd.) ograniczamy się do założenia szczelnego drenażu Bilau. W pozostałych przypadkach z małego cięcia wycinamy podokostnowo w linii pachowej tylnej tak mały odcinek IX żebra, aby tylko mógł się w otworze pomieścić gruby dren. Unikamy przy tym powstania odmy piersiowej przez natychmiastowe po otwarciu opłucnej wprowadzenie do jej otworu drenu połączonego z syfonem i szczelne zeszycie obok drenu brzegów skóry. Rolę syfonu spełnia dren tkwiący w opłucnej, połączony przy pomocy rurki szklanej z drugim drenem, którego koniec, opatrzony podziurkowanym palcem rękawiczki gumowej, tkwi we flaszce pod powierzchnią wody. Zapobiega to w zupełności przedostawaniu się powietrza do opłucnej, przesiąkaniu opatrunku ropą, a przeważnie i ropieniu rany, zabezpieczając równocześnie dobry odpływ ropy gromadzącej się w opłucnej. Postępowanie to prowadzi do rozprostowania się już w pierwszych godzinach po zabiegu zapadniętego płuca i zapobiega powstawaniu otwartej odmy piersiowej. Nieodpowiednie leczenie pooperacyjne i zbyt wczesne wypisywanie chorych do leczenia ambulatoryjnego mogą być równie przyczyną powstania przewlekłego ropniaka opłucnej z winy chirurga.

Istnieje wreszcie szczególna postać zastarzałego ropniaka opłucnej, powstałego wyłącznie z winy chirurga; miało to miejsce w drugim naszym przypadku, operowanym uprzednio w jednym ze szpitali krakowskich.

U 48-letniej chorej na 8 miesięcy przed przyjęciem do naszego szpitala powstał ropniak opłucnej po ranie kłutej klatki piersiowej na wysokości trzeciego międzyżebrza. Po kilkakrotnych bezskutecznych nakłuciach opróżniających wykonano torakotomię, wycinając kawałek IX żebra i drenowano jamę ropniaka. Chora opuściła szpital po 7-miesięcznym leczeniu z przetoką wydalającą płyn ropny i stanami podgorączkowymi. Przy przyjęciu stwierdziliśmy w 8. międzyżebrzu obecność przetoki dość obficie wydzielającej. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej (rys. 3) wykazało jednostajne zaciemnienie prawego pola płucnego bez obecności jamy powietrznej i warstwy płynu. Przy dokładnym oglądaniu kliszy zauważyliśmy pośród zaciemnienia drobny cień pierścieniowaty, który odrazu nasunął podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z pozostawionym w opłucnej drenem. Przypuszczenie to potwierdziło zdjęcie wykonane po wstrzyknięciu do ujścia przetoki płynu kontrastowego (rys. 4): cień lipiodolu, w kształcie wąskiego nieregularnego kanału, sięgał daleko ku górze, do poziomu drugiego żebra licząc od przodu; nie wykazano natomiast obecności jamy. Wykonano więc torakotomię śródopłucnową; po wycięciu kilkucentymetrowych odcinków od VII do III żebra włącznie w linii pachowej tylnej, nacięto podłużnie zrośnięte ze sobą blaszki



Rys. 3.



Rys. 4.

obu opłucnych, grubości do 3 palców, po czym wydobyto tkwiący w głębi dren, długości 10 cm, średnicy 1 cm. Po wyskrobaniu ostrą łyżeczką ziarniny otaczającej dren, jamę ropnia sączkowano, po czym częściowo zaszyto powłoki. Chora opuściła szpital zagojona po 8 tygodniach.

Wiemy o tym, że nie wolno bezwzględnie, zwłaszcza jeśli o klatkę piersiową chodzi, wprowadzać do rany drenu bez agrafki. Pociągnąć to bowiem za sobą może, jak to miało miejsce w opisanym przypadku, wpadnięcie drenu do wnętrza jamy opłucnowej, do jamy ropniaka i, jeżeli rychło nie usuniemy go operacyjnie, musi powstać ropniak zastarzały. Zdaniem *Köhlera* ciała obce są przyczyną zastarzałych ropniaków opłucnej w 15% przypadków. W klinice *Mayo* stwierdzano obecność zgubionego drenu w 3% przypadków operowanych zastarzałych ropniaków opłucnej.

Przypadki, w których zgubiono dren w opłucnej, podobnie jak wszystkie przypadki, w których w opłucnej tkwi ciało obce, stanowią pod względem etiologicznym szczególną grupę zastarzałych ropniaków opłucnej.

Istnieje jednak i szereg innych przyczyn, z powodu których zapadnięte płuco nie rozprostowuje się należycie po operacji ostrego ropniaka. Wiele przypadków jest zbyt późno kierowanych do operacji, już w okresie, w którym w opłucnej zaszły poważne zmiany. Wielką także pod tym względem rolę odgrywać może samo płuco, którego schorzenie pociągnęło za sobą wytworzenie się ropniaka. Badania sekcyjne *Aschnera*, przeprowadzone w roku 1927 na 69 zwłokach osób zmarłych z powodu ropniaka opłucnej, w 47 przypadkach wykazały istnienie w płucu różnej wielkości ropni, a w 22—rozstrzeni oskrzeli, względnie zgorzeli płuca. Można przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem, że giną nie wszyscy chorzy dotknięci takim podwójnym schorzeniem — płuca i opłucnej. U chorych zaś pozostałych przy życiu, bez względu na ten czy inny sposób leczenia chirurgicznego, płuco chore rozprostowywać się będzie znacznie wolniej niż płuco zdrowe, względnie nawet wcale się nie rozszerzy, co nieuchronnie musi pociągnąć za

sobą powstanie zastarzałego ropniaka opłucnej. Z tego też względu tak często między zastarzałymi ropniakami opłucnej spotykamy przypadki ropniaków powstałych po postrzałach i zranieniach płuc.

Zdolność płuca do rozszerzania się zależy również od umiejscowienia ropniaka. Płuco łatwiej rozszerzy się i wypełni jamę opłucnową, jeśli ropniak usadowiony jest przyściennie, niż przy ropniakach międzypłatowych, względnie wielokomorowych. Częstą wreszcie przyczyną powstawania zastarzałych ropniaków są przetoki oskrzelowe, przetoki niekiedy tak drobne i nie rzucające się w oczy, że nie bywają zauważone przez wszystkich uczestników operacji. Według ostatnich zestawień autorów amerykańskich powikłanie to należy do częstych. *Heldblom* z kliniki *Mayo* pośród 310 przypadków zastarzałych ropniaków opłucnej obserwował przetoki oskrzelowe w 28,4%, a *Köhler* oblicza ich częstość nawet na 60%.

Na zakończenie podkreślić muszę znakomite wyniki leczenia operacyjnego zastarzałych ropniaków opłucnej w porównaniu z wynikami dawnymi. Podczas gdy *Wilms* i *Friedrich* mieli 80% śmiertelności, a w późniejszych zestawieniach śmiertelność operacyjna wynosiła przeciętnie 20%, w ostatnich latach bracia *Mayo* na 310 stracili tylko 17 chorych, a *Köhler* na 40 — tylko 3 chorych. Podczas gdy do niedawna cyfra wyleczeń uzyskanych przy pomocy torakoplastyki wynosiła zaledwie 50%, dziś niewiele odbiega ona od setki. Zawdzięczamy to między innymi wczesnym zabiegom doszczętnym, przeprowadzanym już w 3 — 4 miesiące po operacji ostrego ropniaka, nie wyczekując jak dawniej, aż ropniak stanie się zastarzałym i wyniszczy chorego.

CHIRURGIA SPORTU

Z Poradni Sportowo-Chirurgicznej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.
Kierownik: *Prof. Dr Adolf Wojciechowski.*

W sprawie urazów nosa u bokserów

podali
L. Kenigstein i St. Tokarski.

Ostatnie lata zwiększającego się rozpowszechnienia sportu przyniosły nam pokaźną liczbę urazów części twarzowych czaszki. Często spotykamy się ze zranieniami i złamaniami nosa, jako najbardziej wystającą częścią szkieletu twarzy. Rzadko mamy do czynienia z urazami tylko zewnętrznych, względnie tylko wewnętrznych części nosa; przeważnie nawet mało widoczne zmiany urazowe części zewnętrznych kojarzą się z daleko idącymi zniekształceniami wewnętrznonosowymi.

W leczeniu złamań i zranień nosa bardzo ważne miejsce zajmują dwa zagadnienia, mające duże praktyczne znaczenie: 1) jaki jest najwłaściwszy czas do pierwszego wkroczenia, 2) w jak długim czasie po urazie można liczyć na niekrwawe nastawienie złamanych kości nosa.

Rozważając punkt pierwszy należy oddzielić uszkodzenia otwarte od złamań zamkniętych. W otwartych postępowanie jest zgodne z ogólnymi zasadami chirurgii — dążymy do szwu pierwotnego, o ile nie upłynęło więcej niż 24 g. od urazu. Przy postępowaniu w złamaniach zamkniętych słuszne wydaje się zdanie *G. Hofera,* który uważa, iż w ciągu 4 — 6 pierwszych dni nie należy wykonywać nastawiania złamania. Uzasadnia on swoje zdanie tym, iż nigdy nie wiemy, czy banalne, zdawało by się, złamanie kości nosa nie łączy się ze złamaniem podstawy czaszki w obrębie przedniego dołu czaszkowego. Jak wiemy

istnieje połączenie dołu czaszkowego przedniego poprzez lamina cribrosa — lamina perpendicularis ossis ethmoidalis z nosem i na tej drodze może wywiązać się zapalenie opon mózgowych. Oprócz tej drogi bezpośredniej zakażenie może się szerzyć również na drodze chłonnej lub żylnej. Ma to duże znaczenie, zwłaszcza podczas wewnątrznonosowych urazów, kiedy z powodu zwichnięcia lub złamań przegrody nosa powstają wylewy krwawe podchrząstkowe, bardzo łatwo ulegające zakażeniu. Wszelkie więc przedwczesne rękoczyny, jak nastawianie lub tamponada mogą stać się bodźcem do powstawania pourazowego zapalenia opon mózgowych. Oprócz tych powikłań mogą być komplikacje ze strony jam obocznych nosa, jeśli zostaną one wciągnięte w obręb złamań kości nosa. Przeczekanie 4 — 6-dniowego czasokresu jest też o tyle korzystniejsze, że pozwala to na ustąpienie wylewów krwawych i wtórnych obrzęków, co znacznie ułatwia postępowanie.

Uwagi powyższe potwierdza przypadek, obserwowany w Przychodni Sportowo-Chirurgicznej II Kliniki Chirurg. U. J. P., dotyczący boksera Z., który uległ złamaniu nosa. Rentgenologicznie potwierdzone złamanie kości nosowej prawej (rys. 1) zostało niezwłocznie nastawione. W kilka dni później chory zauważył duże, poduszkowate, niebolesne obrzmienie w obrębie prawego kąta oka i poniżej niego. Obrzmienie to po paru dniach na szczęście ustąpiło. Mieliśmy więc w tym przypadku, oprócz złamania kości nosowej, prawdopodobnie złamanie w obrębie kości sitowej, które objawiło się nieprzenikaniem powietrza, ale szczęśliwie nie uległo zakażeniu. W tym przypadku przeczekanie kilku dni ustrzegłoby chorego od powikłań.

Zdaniem *Neumana* (klinika wiedeńska) urazy nosa można podzielić na przypadki niepowikłane, do leczenia których można przystępować natychmiast i na przypadki powikłane, niekiedy z ranami otwartymi, których leczenie może być rozpoczęte po upływie paru dni, względnie po wygaśnięciu zakażenia.

Postępowanie Kliniki Laryngologicznej U. J. P., oparte zresztą na bardzo nielicznym materiale, który zgłasza się przeważnie w kilka dni po urazie, jest na ogół zgodne z powyższymi danymi, przy czym uważa się, iż nie należy traktować urazów nosa szablonowo, a odpowiednio je indywidualizować.

Laurens uważa, iż należy starać się reponować możliwie jaknajprędzej a kilkodniowy okres przeczekania jest zbędny: jedynie w przypadkach powikłanych radzi czekać, aż ustąpią komplikacje.

Jeśli chodzi o czas, w jakim po urazie można liczyć na niekrwawe nastawienie złamanych kości nosa, to przyjmujemy, iż



Rys. 1.

w ciągu pierwszego tygodnia po urazie złamane części dają się łatwo nastawić i wyleczenie jest zupełne; w ciągu drugiego tygodnia nastawianiu towarzyszą duże trudności, wyniki jednak są na ogół zadowalniające, choć nie zawsze pewne; w trzy tygodnie po urazie rzadko udaje się zrekonstruować złamane części, w czwartym — ustalenie jest przeważnie niemożliwe. *Laurens* uważa okres trzytygodniowy za czas prekluzyjny zwykłej repozycji; po tym terminie można myśleć tylko o krwawym nastawieniu.

Nie bez wypływu są tu zmiany, obserwowane przez *Zuckerlanda*, a potwierdzone rentgenologicznie przez *Löllkego*, iż między złamanymi odłamkami kości nosa powstają nie zrosty chrzęstno-kostne, a więzy łącznotkankowe. Duże znaczenie ma także wiek pacjenta, przy czym u ludzi młodych czasokresy wyżej podane są zwykle krótsze niż u ludzi starszych.

Technika nastawiania złamanych kości nosa nie jest jednolita i usystematyzowana; my uważamy, iż palce są bodaj najlepszym i najczulszym instrumentem, zaś wszelkie aparaty unieruchamiające i szyny są tylko środkami pomocniczymi.

Z pośród uszkodzeń wewnętrznonosowych główne miejsce zajmują urazy przegrody nosa. Widzimy tu zwichnięcia lub złamania zarówno części chrzęstnej, jak i kostnej przegrody. Spostrzegamy czasami uszkodzenia przegrody nosa bez przemieszczeń, których jedynym objawem, poza bolesnością, jest krwawienie; krwawienia te występują przy najmniejszych nawet urazach nosa, gdyż krwawi uszkodzona błona śluzowa. Niekiedy mamy do czynienia ze znacznym potrzaskaniem i przemieszczeniem przegrody nosa, prowadzącym do deformacji i upośledzeń drożności nosa, powodując zaburzenia w fizjologii oddychania. Zaburzenia te są najważniejszym powodem, kierującym chorych, a zwłaszcza zawodników sportowych do specjalisty. Materiał operacyjny Kliniki Laryngologicznej U. J. P. w dziedzinie resectio septi post traumam jest dość obfity, dając w większości przypadków restitutio ad integrum. Wczesne przypadki złamań wewnętrznonosowych dobrze nastawiają się na drodze tamponady pod kontrolą oka, przy czym najdogodniej używać tamponów gazowych, zmieniając je co 24 — 48 godzin, celem uniknięcia powikłań usznych. Urazom przegrody nosa towarzyszą wylewy krwawe, przedstawiające się w postaci poduszkowatych, bolesnych tworów, uniemożliwiających oddychanie; te krwiaki przegrody nosa ulegają w ciągu kilku dni resorbcji, mogą jednak łatwo ulegać zropnieniu, tworząc t. zw. ropień przegrody. Leczenie ropni przegrody jest łatwe, polega na nacięciu obustronnym i sączkowaniu. Jako zejście ropni przegrody i urazów kości nosowych mogą powstawać trwałe zniekształcenia zewnętrznej konfiguracji nosa w postaci nosa krzywego lub siodełkowatego, których leczenie wymaga operacji plastycznych.

Uwagi te omówiliśmy z myślą o lekarzach sportowych podczas wykonywania ich obowiązków na zawodach sportowych, w pierwszym rzędzie na meczach bokserskich, gdzie tak często spotykamy się z obrazem krwawienia z nosa. Ponieważ nie mamy możności ustalenia na miejscu istoty krwawienia, należy, zdaniem naszym, walkę przerywać mimo sprzeciwu zawodników i kierowników sportowych. W każdym przypadku urazu nosa uważamy za konieczne badanie wewnętrznonosowe przez specjalistę.

Uszkodzenie przedniej chrzęstnej części przegrody można nastawiać natychmiast, urazy zaś kostnej części przegrody i kości zewnętrznych nosa lepiej jest nastawiać po upływie paru dni, tym bardziej, iż odczekanie nie przynosi choremu żadnej szkody.

PIŚMIENNICTWO.

M. Schmidt: Die Krankheiten des oberen Luftwege. 1921, *Knick:* Ohren-Nasen-Rachen-Kehlkopfkrankheiten. 1926, *M. Spitzy:* Über den Zeitpunkt der Einrichtung von Nasenfraktur. Med. Wschr. N. 8. 1937. *G. Laurens:* Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. 1914, *B. Breitner:* Sportschäden und Sportverletzungen. 1937, *G. Saar:* Die Sportverletzungen. 1914, *W. Wachsmut* u. *H. Wolk:* Über Sportunfälle und Sportschäden.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Przypadek bąblowca wątroby

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

W związku z pracą *J. Petera* o torbieli bąblowca wątroby („Chirurg Polski" Nr 2/38) podaję w krótkości historię choroby oraz rentgenogramy przypadku własnego, operowanego w r. 1933 w Szpitalu Okręgowym w Brześciu n/B. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż rozpoznanie bąblowca zostało postawione przed operacją, głównie na podstawie badania rentgenowskiego, a zabieg potwierdził je całkowicie i spowodował zupełne wyleczenie.



Rys. 1.



Rys. 2.

Chory Fr. R., 33-letni podoficer zawodowy, został przeniesiony na oddział chirurgiczny z oddziału zakaźnego, gdzie leżał około 3 tyg. z powodu podejrzenia na dur brzuszny. Zachorował nagle przed kilku dniami — stan gorączkowy, bóle głowy i brzucha; ostatnio miewał stany podgorączkowe i zaparcia. Od roku zaczął odczuwać bóle w prawym nadbrzuszu podczas jazdy konnej i skoków. Poza tym był zawsze zdrów.

Badanie chorego wykazało obecność dużego guza w prawym podżebrzu, w okolicy pęcherzyka żółciowego. Badanie rentgenowskie *(mjr dr Mańkowski)* wykazało: przepona obustronnie prawidłowo ruchoma, opuszczenie trzew (gastroenteroptosis); zdjęcie okolicy pr. podżebrza (rys. 1) uwidoczniło kolisty obrączkowaty cień wielkości pomarańczy. Celem ustalenia rozpoznania wykonano cholecystografię doustną, której wynik był następujący (rys. 2): ostro zarysowany cień pęche-

rzyka żółciowego był umiejscowiony nisko (na wysokości wyrostka poprzecznego L 3) i wygięty swą dolną częścią ku linii środkowej ciała, obejmując od dołu widoczny tuż ponad nim wspomniany powyżej obrączkowaty cień. Na podstawie tego rentgenogramu wyłączono schorzenie pęcherzyka żółciowego, a rozpoznano torbiel wątroby, zapewne torbiel bąblowca. Odczynów serologicznych nie wykonano; badanie krwi: leukocytoza 9000, eozynofilów tylko 2%.

27.X 1933 dokonano w uśpieniu eterowym zabiegu operacyjnego z cięcia paramedialnego prawego. Na przedniej powierzchni prawego płata wątroby, w pobliżu jej dolnej krawędzi, stwierdzono obecność dużego guza, wielkości pomarańczy, znacznie wypuklającego się ponad powierzchnię wątroby i wrośniętego w jej miąższ. Ponieważ doszczętne wycięcie guza wraz z częścią wątroby było niewykonalne, przeto wybrano *marsupializację*, jako metodę postępowania: szeregiem szwów przyszyto otrzewnę trzewną wątroby dokoła guza do otrzewnej ściennej, po czym dokonano próbnego nakłucia guza cienką igłą. Powłoki brzuszne zamknięto nad guzem prowizorycznie, pozostawiając sączek gazowy. Wydobytą z guza treść płynną posłano do badania, które wykazało obecność w niej haczyków bąblowca.

3.X zdjęto szwy skórne, torbiel ponownie nakłuto i przepłukano 2% roztworem formaliny; 6.XI torbiel szeroko otwarto w dnie rany, nie obawiając się już możliwości zakażenia jamy otrzewnowej, do jamy torbieli wprowadzono sączek. W ciągu następnych 6 tygodni robiono opatrunki początkowo codziennie, później co 2 — 4 dni, przepłukując jamę torbieli formaliną. Wydzielały się mniejsze lub większe strzępy białawej, zbitej, grubej otoczki torbieli; wreszcie któregoś dnia wydobyto szczypczykami wielki pozostały płat otoczki, po czym jama wypełniła się szybko i rana zagoiła się. W końcu grudnia chory został wypisany z wnioskiem 6-tygodniowego urlopu. Kontrolne badanie w połowie 1934 r. wykazało dobry stan ogólny i pełną zdolność do służby wojskowej.

POSIEDZENIA

Z POSIEDZENIA T-WA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO z dnia 16.II 1938.

Pokazy z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator: *Dr. Jerzy Jasieński.*

Dr Paweł Hornicki:

PRZYPADEK WRZEKOMEGO OBOJNACTWA.

Chory lat 24, zgłosił się do szpitala podając, że od 7 miesięcy miewa napadowe bóle nad prawym talerzem biodrowym, połączone z nudnościami, a niekiedy i wymiotami. Przed 6 laty zauważył w pachwinie prawej obecność guzka, który powiększał się stopniowo aż do obecnych rozmiarów, nie sprawiając mu zresztą większych dolegliwości. Podawał dalej, że od 16 roku życia miewa krwawienia miesięczne, zjawiające się mniej więcej w odstępach 4-tygodniowych. Krwawienia te są dość obfite, niebolesne, nie pozostają w żadnym związku z oddawaniem moczu; mocz wszakże oddawany w okresie krwawień miesięcznych bywa często wyraźnie krwią podbarwiony.

Z rozmowy z pacjentem dowiedzieliśmy się ponadto, że ukończył on 3 klasy szkoły powszechnej i uczył się dość dobrze. W dzieciństwie bawił się chętnie z dziecczętami, dziś szuka również towarzystwa kobiet, do których czuje popęd płciowy. Często miewa erekcje, po których z otworu znajdującego się na kroczu wycieka treść śluzowa. Mocz oddaje wyłącznie w pozycji w jakiej oddają go kobiety, kryjąc się z tym przed otoczeniem.

Zawsze ubierał się po męsku, nie ma żadnych zainteresowań do robót kobiecych i uważa się za mężczyznę. Nie ma zupełnie zarostu na twarzy i mimo kilkakrotnego golenia się zarost ten się nie zjawił. W 21. roku życia komisja poborowa ze względu na stwierdzone obojnactwo uznała go za niezdolnego do pełnienia służby wojskowej.

Z wywiadów rodzinnych dowiedzieliśmy się, że rodzice zmarli przed 15 laty, że ma 6-cioro star-

szego rodzeństwa: 4 siostry i dwu braci, przy czym wszyscy są zdrowi i rozwinięci zupełnie prawidłowo. Dziecko jednej z sióstr urodziło się z wilczą paszczą i po kilku dniach zmarło; poza tym w rodzinie nie było żadnych wad rozwojowych.

Oględziny zewnętrzne wykazały (rys. 1 i 2): wzrost 148 cm, waga 53 kg. Budowa ciała, poza narządami rodnymi, prawidłowa, o typie jednak



Rys. 1.

wyraźnie kobiecym, zaznaczającym się zwłaszcza w kształcie klatki piersiowej i miednicy: odległość międzykolcowa wynosi 24 cm, międzygrzebieniowa 26 cm, międzykrętarzowa 32 cm, sprzężna prawdziwa Bodeloque'a 17 cm. Owłosienie głowy i części płciowych zewnętrznych typowo kobiece, jedynie owłosienie okolicy odbytu odbiega od normy. Sutki duże, zwisające, posiadają dobrze wykształcone brodawki. Silnie przerosła łechtaczka przypomina swym wyglądem prącie. Długość jej wynosi 4,5 cm, a w stanie erekcji dochodzi do 7 cm., jest typowo łukowato ku dołowi wygięta, posiada dobrze wykształconą żołądź, długości 1,5 cm, z szerokim rowkiem zażołędnym, na który zachodzi krótki napletek. Na żołędzi brak jest otworu odpowiadającego ujściu cewki. Po dolnej powierzchni prącia w kierunku odbytu biegnie wąski pasek śluzówki, zagłębiony w postaci rowka, po obydwu zaś jego stronach widoczne są dobrze wykształcone wargi mniejsze. Kończą się one otworem, odległym o 5 cm. od odbytu. Do warg sromowych mniejszych przylegają od zewnątrz dwa płaskie fałdy skórne, odpowiadające wargom sromowym dużym, w górze znacznie od siebie rozsunięte, w dole zaś, na kroczu, zupełnie ściśle przylegające do siebie, jak gdyby ze sobą zrośnięte na pewnej przestrzeni, przypominając w tym



Rys. 2.

miejscu szew worka mosznowego. Otwór, odpowiadający wejściu do pochwy, o średnicy 1 cm., rzeczywiście prowadzi do szerszej nieco pochwy, długości 4,5 cm, posiadającej silnie pofałdowana, różową śluzówkę. Badanie przy pomocy uretroskopu wykazało w końcowej części pochwy obecność tworu, odpowiadającego części pochwowej macicy; obecności zewnętrznego ujścia macicznego nie udało się jednak wykazać. Na przedniej ścianie pochwy, w odległości mniej więcej 1 cm od otworu odpowiadającego wejściu do pochwy, widoczny jest otwór szczelinowaty, stanowiący ujście zewnętrzne cewki moczowej. Mamy więc do czynienia z zatoką moczopłciową. Przy badaniu przez

odbytnicę wyczuwa się obecność wąskiej pochwy, przechodzącej w szczątkową, silnie spłaszczoną w wymiarze przodo-tylnym macicę, od rogów której biegną w kierunku bocznym dwa symetryczne, wąskie, postronkowate twory, odpowiadające najprawdopodobniej trąbkom macicznym. Brak jest natomiast gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych.

W okolicy prawego kanału pachwinowego widoczne jest wypuklenie wielkości jaja gęsiego, (przepuklina pachwinowa), w którym wyczuwa się obecność tworu twardego, wielkości małego orzecha włoskiego, owalnego, o powierzchni gładkiej, tkliwego na ucisk.

Kilkakrotne badania wydzieliny śluzowej, wydostającej się przy erekcji z ujścia zatoki moczopłciowej (nie udało się ustalić czy z cewki, czy też z pochwy), wykazało jedynie obecność leukocytów, licznych nabłonków oraz śluzu, brak w niej natomiast zupełnie plemników.

Na podstawie przeprowadzonej pyelografii dożylnej i prześwietlenia przewodu pokarmowego można było wykluczyć równoczesne istnienie innych wad rozwojowych.

Do zabiegu przepukliny pachwinowej przystępowaliśmy z następującym planem: gdyby guz wyczuwalny we wrotach przepuklinowych okazał się jajnikiem — zabieg ograniczyłby się wyłącznie do zamknięcia wrót przepuklinowych; gdyby okazało się, że treść worka przepuklinowego stanowi dobrze rozwinięte jądro z najądrzem i nie nasuwały się żadne wątpliwości co do tego, czy nie mamy do czynienia z gruczołem obojnaczym (testovarium, względnie ovariotestis), to, uwzględniając życzenie pacjenta przekształcenia go w mężczyznę, otworzylibyśmy jamę brzuszną w linii środkowej i usunęli szczątkową macicę wraz z przydatkami. Gdyby jednak makroskopowo nie dało się pewnie rozstrzygnąć czy mamy do czynienia z męskim, żeńskim czy też z mieszanym gruczołem płciowym — nie pozostawałoby nam nic innego, jak tylko ograniczyć się przy pierwszym zabiegu do pobrania wycinka próbnego dla zbadania mikroskopowego i od wyniku tego badania uzależnić dalsze nasze postępowanie. Gdyby badanie to wykazało, że mamy do czynienia z gruczołem mieszanym z przewagą tkanki jajnikowej, względnie z jajnikiem, to, ponieważ po stronie lewej nie wyczuwamy obecności gruczołu płciowego, a według wszelkiego prawdopodobieństwa mógłby tam się znajdować tylko jajnik, nie będziemy usuwać narządów płciowych wewnętrznych i wytłumaczymy pacjentowi, że przekształcenie go w mężczyznę jest niemożliwe. W przeciwieństwie bowiem do autorów, którzy kierują się wyłącznie wolą obojnaka, stoimy na stanowisku, że przekształcenie go w trzebieńca przyniosłoby mu tylko szkodę; nie przypisujemy bowiem żadnej wartości następowemu przeszczepianiu jądra od innego osobnika, dotkniętego wnętrostwem.

Przy zabiegu okazało się, że mamy do czynienia z wrzekomym obojnactwem, że osobnik należy do płci żeńskiej, ponieważ posiada kobiece wewnętrzne narządy rodne: poza dwoma jajnikami stwierdzono obecność macicy i dwu trąbek wraz z właściwymi im krezkami i więzadłami. Badanie histologiczne wycinka pobranego z prawego jajnika wykazało prawidłowe utkanie gruczołu. W przypadku tym mamy do czynienia według nomenklatury *Klebsa* z *hermaphroditismus femininus externus*.

Dr Jerzy Jasieński wygłosił odczyt o *leczeniu surowicą zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego* (ogłoszono drukiem w Nr. 1/38 „Chirurga Polskiego").

Dyskusja:

Doc. Dr Szymanowicz podnosi, że w ostatnich czasach stosuje na swym oddziele *peritosan* w celach leczniczych i zapobiegawczych przy zabiegach ginekologicznych, zwłaszcza przy sprawach ropnych toczących się w przydatkach, wlewając do brzucha po skończonym zabiegu 2 ampułki surowicy. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń, obejmujących 12 przypadków, sądzi, że niczym nie jest usprawiedliwione negatywne ustosunkowanie się do leczenia surowicą tych operatorów, którzy nie chcą spróbować tego bezwzględnie nieszkodliwego dla chorych, a dużo obiecującego środka leczniczego. Nie ma bowiem powodu obawiać się wstrząsu anafilaktycznego, jeśli postępuje się w myśl wskazań prelegenta. Na swoim materiale nigdy nie obserwował tego przykrego powikłania, uzyskał natomiast niewątpliwie korzystne wyniki. Utkwił mu zwłaszcza w pamięci przypadek, nie mający z cierpieniem ginekologicznym nic wspólnego, który operował, gdyż chirurg upierał się, że nie należy do zakresu jego specjalności. Po otwarciu brzucha nie znaleziono punktu wyjścia toczącej się rozlanej sprawy ropnej. Przy przeszukiwaniu brzucha przypadkowo naddarta została jedna z najsilniej rozdętych pętli jelita cienkiego, przy czym wylało się do brzucha nieco kału. Otwór w jelicie natychmiast zaszyto, ropę wymaczano, po czym wlano

do brzucha surowicę i szczelnie zaszyto powłoki. Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki i chora opuściła szpital zagojona po 2 tygodniach. W przyszłości *doc. Szymanowicz* będzie też stosować surowicę przy zakażeniach połogowych, zwłaszcza zapaleniu otrzewnej i przy sposobności podzieli się z kolegami wynikami dalszych doświadczeń.

Dr Bilek, nawiązując do przypadku omówionego przez prelegenta, dotyczącego chorego z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej, którego stan po jednorazowym wstrzyknięciu surowicy bardzo wybitnie się poprawił, w szóstym dniu jednak wystąpiło nagle gwałtowne pogorszenie, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego, przypomina badanie *Hamburgera* i jego współpracowników. Badania te wykazały, że po podskórnym względnie domięśniowym wstrzyknięciu obcogatunkowego białka można wykazać jego obecność we krwi chorego, przy czym utrzymuje się ono w ciągu kilku dni na jednym poziomie. Dopiero zwykle między 5. a 7. dniem po wstrzyknięciu następuje gwałtowny spadek poziomu białka obcogatunkowego we krwi,dochodzący do 90% wprowadzonej jego ilości. Ilość obcogatunkowego białka oznaczano przy pomocy surowic skłaczających, bądź też obliczano ilość przeciwciał wprowadzonych w surowicy; zawartość przeciwciał we krwi chorego badano wychodząc z założenia, że przeciwciała są nierozerwalnie związane z wprowadzonym białkiem obcogatunkowym i że równolegle z tym białkiem zostają wydalone z ustroju, jak to wykazały dalsze badania *Hamburgera.* Utrzymywanie się surowicy obcogatunkowej we krwi chorego na jednym poziomie w ciągu 5 dni tłumaczy, dlaczego w omówionym przypadku wystąpiło nagle gwałtowne pogorszenie się stanu chorego właśnie w 6-tym dniu od wstrzyknięcia surowicy. *Dr Bilek* zaznacza w końcu, że badania przeprowadzone na oddziale zakaźnym szpitala św. Łazarza (prymariusz *prof. J. Kostrzewski),* mające na celu wykazanie w jakim czasie po wstrzyknięciu znika surowica obcogatunkowa ze krwi chorego, wypadły zupełnie zgodnie z badaniami *Hamburgera.*

Prof. dr M. Gieszczykiewicz podnosi, że pomyślny wpływ leczniczy surowic w leczeniu zapalenia otrzewnej znajduje pewne uzasadnienie teoretyczne w znanym od dawna fakcie, że bakterie chorobotwórcze wyjątkowo tylko przedostają się z otrzewnej do krwi, natomiast zachodzi tam silna resorbcja jadów i zatrucie nimi ustroju. Surowica stosowana przy zapaleniu otrzewnej jest wielowartościowa; zawiera ona też antytoksyny, wprawdzie nie przeciwko wszystkim bakteriom działającym w zapaleniu otrzewnej, lecz w każdym razie przeciwko niektórym, a zwłaszcza beztlenowcom, które w zapaleniu wyrostka robaczkowego odgrywają dużą rolę, jak na to wskazują badania, o których wspominał prelegent. Dlatego też działanie odtruwające surowic może ujawnić się w zapaleniu otrzewnej silniej, niż w innych sprawach ropnych. Co się tyczy nieswoistego działania surowic, to niewątpliwie ono istnieje, lecz mówca odnosi je raczej do wstrząsu koloidów pod wpływem wprowadzenia obcogatunkowego białka, niż do ciał odpornościowych normalnych, których zawartość w prawidłowej surowicy nie jest zbyt wielka. *Prof. Gieszczykiewicz* jest zdania, że sposób podawania surowicy stosowany przez prelegenta, a polegający na wstrzyknięciu większej ilości surowicy w czasie zabiegu i powtórzeniu iniekcji kilkakrotnie w ciągu 2—3 dni, jest najskuteczniejszy. Przypomina swoją publikację z czasów wojny, ogłoszoną wspólnie z *Szarfem* i *Sokołowską* o leczeniu surowicą czerwonki, gdzie również ten sposób podawania surowicy okazał się najlepszy. Sposób ten zapobiega też zbyt wczesnemu spadkowi zawartości ciał odpornościowych we krwi chorego, który zachodzi przeważnie z końcem pierwszego tygodnia po podaniu surowicy, jak to zaznaczył *dr Bilek.*

Niebezpieczeństwo wstrząsu anafilaktycznego jest przy sposobie leczenia obranym przez prelegenta naprawdę nieznaczne, zwłaszcza gdy się pierwszą dawkę podaje w uśpieniu. *Prof. G.* wyraża wreszcie zadowolenie z tego powodu, że chirurdzy, odnoszący się na ogół sceptycznie do bakterioterapii i seroterapii, okazali zainteresowanie dla sprawy leczenia surowicami zapalenia otrzewnej.

POSIEDZENIE KLINICZNE TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

w II Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 21 marca 1938 r.

Dr D. Kohan:

a) WYCIĘCIE LEWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY W PRZYPADKU CHOROBY HIRSCHSPRUNGA.

Chora l. 24 cierpiała od szeregu lat na zaparcia nawykowe: stolce co 4 — 7 dni i tylko po lawatywach, było kilka napadów wzdęć z objawami niedrożnościowymi. Rentgenologicznie

stwierdzono ogromną pętlę esicy; zabieg operacyjny miał na celu resekcję esicy. Wobec tego, że poza dużą esicą zstępnica była również paretyczna i ruchoma na długiej krezce, że nie była to więc tylko megasigma, ale choroba Hirschsprunga, wykonano lewostronną hemikolektomię z zespoleniem bok do boku. Przebieg pooperacyjny gładki, wynik dobry: samoistne codzienne wypróżnienia. Pokaz chorej, u której jeszcze pozostał duży brzuch.

b) WYCIĘCIE LEWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY W PRZYPADKU RAKA ZSTĘPNICY.

Chory 67-letni; od VI 36. wzdęcia, w VIII 36. krwawienia ze stolcem. Znajdował się pod opieką *dra Płockiera* i wykonane przezeń badanie rentgenowskie wykazało przerwę w cieniu kontrastu w obrębie zstępnicy,. a próba na krew w kale była stale dodatnia; objawów niedrożnościowych nie było. Na proponowany zabieg operacyjny (IX 36.) chory nie zgodził się. W styczniu 37. wystąpiło całkowite zamknięcie przewodu pokarmowego i choremu znajdującemu się w bardzo ciężkim stanie założono przetokę kątniczą; gdy groźne objawy ustąpiły, na zabieg radykalny znowu się nie mógł zdecydować. Dopiero gdy zgłosił się w IV 37. wykonano lewostronną hemikolektomię. Guz rakowy umiejscowiony w połowie zstępnicy przerastał mięśnie, które częściowo usunięto; założono zespolenie bok do boku. W przebiegu pooperacyjnym powikłanie ropniem powłok, rozejściem się mięśni i otrzewnej ściennej oraz sporym krwotokiem z t. krezkowej, który opanowano przez podwiązanie naczynia i przetoczenie krwi. W czerwcu 37. zamknięto coecostomię. Po tym zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze; dopiero w ostatnich czasach zjawiły się znowu wzdęcia i bóle. Badanie kału na krew daje obecnie wynik ujemny, wlewanka kontrastowa świadczy o dobrej drożności zespolenia, jednak kliniczne objawy upośledzonej drożności nasuwają podejrzenie zwężenia się anastomozy lub nawrotu sprawy nowotworowej. Pokaz chorego.

Dyskusja:

Dr Szper: Ponieważ sprawa chorobowa dotyczy głównie (w ¾ przypadków) esicy, w 20% poprzecznicy, a tylko w znikomym odsetku — zstępnicy, przeto w przyp. 1. można było ograniczyć się do wycięcia tylko esicy, gdyż zstępnica nie odgrywa tu roli. W r. ub. toczyła się już dyskusja na temat techniki tych zabiegów. W 3 własnych przyp. *Sz.* operował sposobem Seneque-Milhiet; jest to zabieg jednoczasowy, zespolenie po wycięciu nakłada się end to end, przy czym dwa paski gazy nawazelinowanej uzewnętrzniają odcinek, w którym znajduje się szew jelita; zwykle powstaje krótkotrwała (2—3 tyg.) przetoczka kałowa. Ostatnio operował w ten sposób przyp. choroby Hirschsprunga u 14-letniego chłopca, u którego wyciął 96 cm kiszki. Wobec różnicy kalibru zespalanych odcinków stosuje sposób Robineau, szyjąc dwupiętrowo: śluzówkę (katgutem) i podśluzówkę (katgutem lub jedwabiem). Zapytuje referenta o statystykę śmiertelności z powodu zapalenia otrzewnej, gdyż jednoczasowe zabiegi dawały b. wysoką śmiertelność.

Prof. Radliński operował 2 przyp. subtotalnego wycięcia okrężnicy, zeszywając koniec do końca po zmiażdżeniu bez otwierania światła; oba poszły gładko. Po resekcji kiszki grubej należy wcześnie podawać środki czyszczące, by kał był płynny, gdyż zagęszczony kał może uszkodzić zespolenie.

Doc. Butkiewicz ma zastrzeżenia co do techniki w 1. przyp., gdzie zespolenie nałożono antiperistaltycznie — tworzą się wtedy workowate rozdęcia powiększające się stopniowo; należy zespalać koniec do końca lub bocznie, ale izoperistaltycznie. Szew stosowany przez *prof. Radlińskiego* jest aseptyczny, jednak nie szyje się wtedy śluzówki, a zeszycie jej ma duże znaczenie. *Doc. B.* wykonuje resekcję jednoczasowo.

Dr Kohan w odpowiedzi: W szkole *prof. Radlińskiego* jelito grube zespalano zawsze bok do boku, biorąc pod uwagę gorsze ukrwienie ściany jelita, przeciwległej krezce. Zespalając bocznie jest się pewnym szwu i nie ma potrzeby sączkowania. Przy każdym zespoleniu bocznym wytwarzają się workowate rozdęcia, a zespolenie izoperistaltyczne jest technicznie trudniejsze od antiperistaltycznego. Wyniki własne: w żadnym z 6 przyp. hemikolektomii nie było powikłań otrzewnowych, a w dużym materiale byłej II Kliniki Chirurgicznej wyniki były również dobre.

Dr J. Kołodziejski:

a) ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA TĘTNIAKA TĘTNICY UDOWEJ.

Chory lekarz N. N. we wrześniu 1929 w przebiegu ostrej sprawy zapalnej (grypy) zauważył niewielki bolesny guzek na przyśrodkowej powierzchni lewego uda; przy ciepłocie rannej 36,4°, a wieczornej powyżej 39° i dreszczach guzek wzrastał, osiągając rozmiary pięści. Żadnych innych

danych w patogenezie tego tętniaka nie było. kiłowe tło wyłączono. Tętniak usunięto operacyjnie w 1929 r. *(dr Szarecki):* stwierdzono, iż był to tętniak istotny, o cechach zapalnych, umiejscowiony przy przejściu t. udowej do kanału Huntera. Tętniak podwiązano powyżej i poniżej i wycięto, podwiązano żyłę udową, ranę sączkowano. Chory po zabiegu wstał. *Dr K.* zobaczył chorego w 15 mies. po zabiegu i od tego czasu stale, 3 — 4 razy do roku bada go kontrolnie. W pracy o odległych wynikach po uszkodzeniach tętnic kończyn *(Babiński* i *Heist,* Arch. de maladies du coeur, sang, vaissaux, 1918), przytoczone obserwacje rozciągały się do 8 — 20 mies. — tu trwają prawie 9 lat. Początkowo były objawy niedomogi krążenia: sinica, zwłaszcza palucha, obniżenie ciepłoty, męczenie się kończyny i chromanie, różnica obwodów łydek na tle zastoju żylnego (+1½ cm). W r. 1932: tętnica stopowa tylna wyczuwalna, badanie oscilometryczne t. odpiszczelowej ponad kostkami: indeks 1½, ciśnienie Pachonem 100. W r. 1937: znaczna poprawa krzywej oscilometrycznej (indeks 2½, ciśnienie 130 — 135); tętno na a. doralis pedis i a. poplitea dobrze wyczuwalne.

Anatomiczne możliwości pulsacyjnego wypełnienia tętnic obwodowych po wycięciu t. udowej są dwie: albo ulega rozszerzeniu a. comitans nervi ischiadici i łączy się z t. podkolanową (stwierdzono to raz sekcyjnie we Francji: w przypadku tym w 20 lat po wycięciu t. udowej średnica rozszerzonej tętnicy towarzyszącej n. kulszowego wynosiła 3 — 4 mm); ma to uzasadnienie filogenetyczne, gdyż u ptaków jest to tętnica duża; drugą możliwość daje postępujący rozwój naczyń tylnych uda: a. perforans III (od a. profunda femoris) łączy się z a. poplitea. Anatomicznie krążenie to można uwidocznić za pomocą arteriografii; rozwija się ponadto krążenie przez masy mięśniowe w postaci wytworzenia się w nich gęstej sieci naczyniowej.

Jeśli po wycięciu tętnicy kończyna nie ulegnie zgorzeli, to należy przeprowadzić systematycznie dodatkowe postępowanie lecznicze, które w omawianym przypadku spowodowało zupełny powrót kończyny do normy. Leczenie to polega przede wszystkim na gimnastyce naczyń przez dwukrotnie dziennie stosowaną anemizację kończyny za pomocą opaski gumowej.

b) ODLEGŁY WYNIK WYCIĘCIA TĘTNIC UDOWYCH.

Pokaz dwu przypadków zarostowego zapalenia tętnic, leczonych wycięciem t. udowej. W *przyp. 1.* niedomoga krążenia narastała od 8 lat; ostatnio kończyna sina, zimna, silne bóle; różnorodne leczenie bez wyniku, po diatermii pogorszenie; zgorzel palucha, owrzodzenia między palcami. Umiejscowienie zamknięcia tętnicy na wysokości przejścia a. femoralis communis w a. fem. superficialis. Operowany w XII 36. — wycięto 8 cm t. udowej. Obecnie pracuje; leczenie następcze przeprowadza mało systematycznie. W *przy. 2.* wykonano w r. 1936 arteriektomię na lewym udzie — niedrożność wysoka, wycięto 6 cm, podwiązano żyłę udową. Nekroza 5. palca uległa szybko demarkacji. W r. 1937 dolegliwości kończyny prawej — niedrożność była wątpliwa: pomimo że arteriografia wykazała drożność do połowy podudzia, to jednak badanie oscilometryczne t. podkolanowej dało w wyniku 0. Świadczy to o tym, że drożność anatomiczna jest niewystarczająca, konieczny jest jeszcze czynnik czynnościowy. Zabieg polegał na odsłonięciu i arteriotomii tętnicy: była ona wypełniona miękką skrzepliną, po usunięciu której nie osiągnięto przepływu krwi, nawet za pomocą masowania. Wycięto 6 cm t. udowej poniżej podziału, wykonano sympatektomię a. profundae femoris, która była stosunkowo długa, oraz podwiązano żyłą udową. Efekt zabiegu natychmiastowy: bóle zmniejszyły się, chory zaczął sypiać. Przeprowadzono leczenie następowe i powtarza się je nadal co pewien czas; pracuje obecnie jako rolnik; wprawdzie łatwiej się męczy i nie może szybko chodzić — uniknął jednak amputacji, poddając się tylko tym technicznie nietrudnym i niegroźnym zabiegom.

Dyskusja:

Prof. Wojciechowski wspomina o podobnym przypadku tętniaka t. udowej o nieznanej etiologii (nie było urazu, Wa —), znacznej wielkości i powodującym silne bóle oraz zaburzenia krążenia. Tętniak usunięto operacyjnie, rekonstrukcja naczynia była niewykonalna; podwiązano t. udową tym spokojniej, że krwawiła ona z odcinka obwodowego. Po upływie dwu lat kończyna wróciła niemal do normy, może pracować, zaburzenia spowodowane przez częściowe niedokrwienie znikły samoistnie, bez leczenia następczego. W tym przypadku wytwarzało się stopniowo krążenie oboczne — przy wolnym narastaniu przeszkody obawa poważniejszych zaburzeń jest mała.

Dr Szper zaprzecza większej częstości choroby Bürgera u semitów, niż u aryjczyków — wg jego obserwacyj ma się to nawet odwrotnie (na 6 przyp. w których wykonał epinefrektomię tylko 2 dotyczyły żydów). Wyniki po wycięciu t. udowej są trwalsze i lepsze, niż po sympatektomii. Ostatnio wyciął t. udową w 3 przyp. — demarkacja zgorzeli następuje po tym zabiegu szybko. Resekuje dużo: 10 cm i więcej, aż do odejścia drożnej bocznicy. Wyniki odległe nie są idealne, ale jest to chyba najlepszy sposób postępowania.

Dr Abramowicz: Duży materiał wycięcia tętniaków t. udowej miał *prof. Węglowski. Dr A.* miał w przyp. zarostowego zapalenia tętnic dobre wyniki po operacji Leriche'a, a nawet po zachowawczym leczeniu hormonami (follikulina Richtera) w połączeniu z naświetlaniami nadnerczy.

Doc. Szerszyński: Miażdżyca tętnic nie stanowi wg Leriche'a wskazania do wycięcia tętnicy, jednak w przypadkach połączonych z b. silnymi bólami może dać dobry wynik. W jednym przyp. *Sz.* wyciął 12 cm t. udowej powierzchownej; po 3 mies. wystąpiła zgorzel palców kończyny. Uważa, że przy istniejącej zgorzeli arteriektomia nie opłaca się.

Dr Kołodziejski: Przypadki podobne należy poddawać ścisłej analizie fizjopatologicznej i stosować odpowiednią metodę leczenia. Niedrożność anatomiczna dużego kanału tętnicy nie posiada tak wielkiego znaczenia, co tonus krążenia obocznego. Każdy odcinek tętnicy ma zapewne swój rejon, na który działa naczynioruchowo. W przypadkach, w których miażdżyca zajmuje drobne naczyńka tętnicze, arteriektomia, oczywiście, nie jest w stanie pomóc.

Dr. H. Levittoux:

a) TRZY PRZYPADKI PLASTYKI DASZKA BIODROWEGO.

Przyp. 1. Chłopiec 7-letni z jednostronnym wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego (okres spóźniony, który daje wyleczenie zaledwo w 50% jedno- i 25% obustronnych zwichnięć; 20% daje reluksację). Nastawienie było łatwe,



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

równie łatwo następowało ponowne zwichnięcie. Po 6 tyg. unieruchomienia w I pozycji Lorenza wykonano plastykę daszka, nie czekając na reluksację.

Przyp 2. U 13-letniej dziewczyny z dawno nastawionym wrodzonym zwichnięciem biodra wystąpiły w 11. roku objawy subluksacji: objaw Trendelenburga dodatni, skracanie się kończyny, kulenie. Próba nastawienia nie dała wyniku. Wykonano plastykę daszka, by zapobiec przesuwaniu się główki po talerzu.

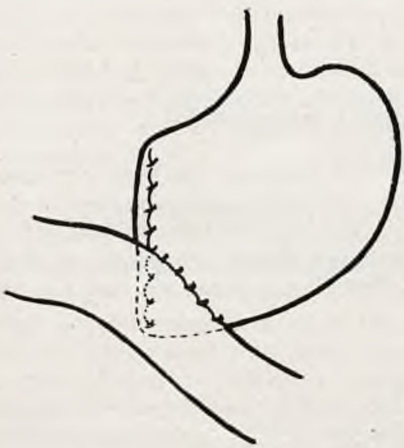
Przyp. 3. 13-letnia dziewczyna skarży się na bóle w biodrze i upadanie. Daszek może usunąć ból,

natomiast upadania, będącego wynikiem niewydolności m. pośladkowych, daszek nie jest w stanie usunąć.

Technika zabiegu: dostęp najdogodniejszy przez oddłutowanie krętarza (rys. 1), co daje także możność wydłużenia m. pośladkowych, przybijając później krętarz nieco niżej. Dłutem wykonuje się nad panewką cięcie półkoliste, po czym dzieli się ten łuk na szereg segmentów (rys. 2), które oddłutowuje się wygiętym kolankowato dłutem i odgina ku dołowi; same tylko te wióry kostne nie stanowią dostatecznie mocnego daszku, wbija się przeto powyżej nadgiętych segmentów wszczep kostny, pobrany z piszczela lub z górnej nasady k. udowej (rys. 3). Pokaz przypadku 3.

b) PRZYCZYNEK DO TECHNIKI WYCINANIA ŻOŁĄDKA.

Pokaz klemu *Glatzla*, ułatwiającego zamykanie linii cięcia żołądka przy wycinaniu w ten sposób, że uniemożliwia on wydostawanie się treści. Pokaz aparatu *Petza*, stanowiącego jednocześnie miażdż żołądkowy i przyrząd do automatycznego błyskawicznego zamykania linii cięcia za pomocą drobnych srebrnych klamerek. Po



Rys. 4.

przecięciu żołądka między dwiema liniami tych klamerek, wgłabia się je szwem ciągłym, a klamerki odchodzą po pewnym czasie per vias naturales. *Dr L.* wykonał w 4-ech przyp. resekcję Reichel-Polya w modyfikacji Finsterera aparatem Petza, stosując przy tym technikę *Verebeli* (połączenie kątowe żołądka z jelitem, dogodne do wykonania, gdy kikut żołądka jest mały — rys. 4).

Dyskusja:

Prof. Wojciechowski: Szwy klamerkowe Petza są wodoszczelne, jak przekonano się na wyciętych częściach żołądka; wgłabianie tego szwu jest b. łatwe. Należy dokładnie założyć klamerki do aparatu przed zabiegiem, by nie narazić się na przykre trudności.

Prof. Radliński jest zwolennikiem metod jaknajprostszych: np. pętlę jelita przyszywa do żołądka szwem jedno-, wyjątkowo dwupiętrowym. Stosowanie „maszyn do szycia" nie przemawia mu do przekonania. Znacznie większe trudności niż przy zeszywaniu żołądka, spotkać można przy zamykaniu dwunastnicy.

Doc. Zaorski: Zastosowanie przyrządu Petza skraca znacznie czas zabiegu; klamerki zostają czasem długo i nie wiadomo, czy nie mogą powodować powstania wrzodu. Do zamykania dwunastnicy istnieje taki sam przyrząd mniejszych rozmiarów, ale nie zawsze można go z łatwością zastosować.

Doc. Butkiewicz widział w Budapeszcie około 10 przyrządów Petza różnych wymiarów. Już jest jednak opisany przypadek wrzodu trawiennego na tle klamerki Petza, poza tym zastrzeżenie budzi duży pas zmiażdżonej ściany żołądka, wpuklony do środka. Klem Glatzla jest drogi (400 zł) i nieszczelny. Finsterer ma najlepsze wyniki, a wykonuje wycięcie żołądka i szycie jaknajprościej. *Doc. B.* wcale nie używa klemów przy resekcji.

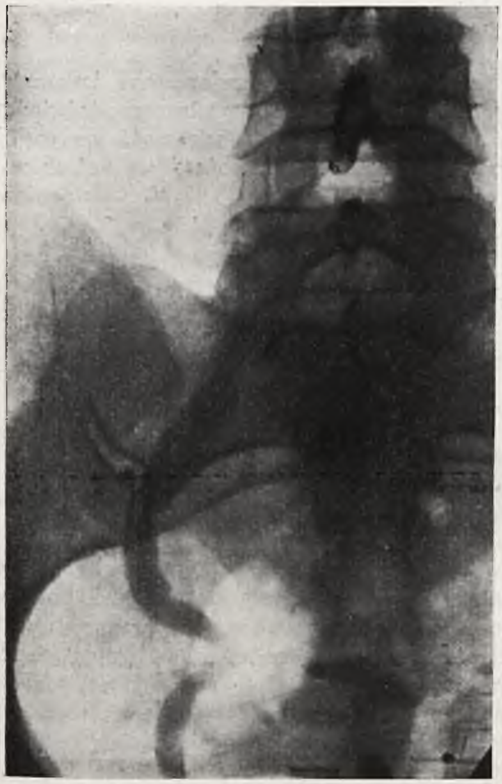
Dr B. Endelman:

DWA PRZYPADKI PRZETOK MOCZOWODOWYCH.

(Str. własne)

Przypadek 1. Chora l. 34 przybyła na oddział ginekologiczny 23.VI '37. Po 10 dniach dokonano u niej usunięcia torbielowato zwyrodniałego trzonu macicy, zapalnie zmienionej lewej trąbki macicznej i prawego jajnika. Podczas zabiegu zostało otwarte pr. przymacicze; ranę sączkowano. Nazajutrz po zabiegu stwierdzono wydzielanie się moczu przez ranę operacyjną. Chora gorączkowała przez 2 tyg. Pyelografia dożylna (28.VII) wykazała: znaczny stopień prawostronnego wodo-

mercza; moczowód prawy w dolnym odcinku nie uwidocznił się na zdjęciu; lewostronne drogi moczowe bez odchyleń od normy. W tym stanie chora została przeniesiona 2.VIII na oddział *dra Wertheima*. Badanie wziernikiem pęcherzowym: pęcherz moczowy b. z.; indygokarmin wstrzyknięty dożylnie wydzielił się z lewego moczowodu po 4 min., z prawego zaś po upływie 15 min. nie stwierdzono żadnego zabarwienia; cewnik moczowodowy wprowadzony do pr. ujścia zatrzymuje się na wysokości 8 cm. Uretrografia dożylna wykazuje, że moczowód w tym miejscu załamuje się, jak gdyby czymś przyciągnięty w kierunku ku linii środkowej ciała (rys. 5). Część płynu kontrastowego przedostaje się do górnego odcinka, reszta zaś wydziela się przez ranę operacyjną.



Rys. 5.

Po kilku dniach wprowadzając ponownie cewnik udało mi się oderwać moczowód od przytrzymującego go szwu: moczowód wyprostował się, a przetoka zamknęła się w ciągu krótkiego czasu. Kontrolna pyelografia wykazuje dobrą czynność pr. nerki, a na przebiegu moczowodu brak przeszkód w odpływie moczu.

Przypadek 2. Chora l. 38. Rodziła 5 razy, wszystkie porody kleszczowe. 8 lat temu po drugim porodzie powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa, która zagoiła się samoistnie na cewniku po 2 tyg. Następne 2 porody bez powikłań ze strony dróg moczowych. Ostatni poród przed 5 mies. Natychmiast po porodzie zauważono wyciekanie moczu przez pochwę, jednocześnie chora oddawała mocz drogą prawidłową. Dokładne badanie wykazało, że mamy do czynienia z prawostronną przetoką moczowodowo - pochwową. Cewnik moczowodowy zatrzymywał się na wysokości 2½ cm od ujścia moczowodu. Pyelografia przedoperacyjna wykazała rozszerzenie miedniczki prawej. W dolnym odcinku moczowód wąski, w bliznach. Mocz wydziela się do małej jamki i stąd do pochwy. Otwór ten jest widoczny w prawym bocznym sklepieniu w pobliżu szyjki macicznej.



Rys. 6.

8.II 38. przystąpiłem w asyście mego szefa, *dra Wertheima* do operacji. Cięcie boczne pozaotrzewnowe; odnaleziono moczowód i odpreparowano go do miejsca zbliznowacenia. Moczowód

przecięto, dolny odcinek podwiązano katgutem, górny zaś wszczepiono do prawego szczytu pęcherza sposobem Sampsona: dolny odcinek wszczepionego moczowodu nacięto na długości 4 cm, uzyskując rozdwojenie ściany; te dwa płaty przyszyto do ściany pęcherza nitkami przebiegającymi w kształcie litery U; kilka szwów pojedyńczych na ścianę pęcherza; cewnik Pezzera. Przebieg pooperacyjny gładki. Cewnik z pęcherza usunięto po 10 dniach. 26.II chora wypisana z raną całkowicie zagojoną. Pyelografia dożylna wykazuje znaczne jeszcze rozszerzenie miedniczki i moczowodu. 17.III badanie wziernikiem wykazuje na górnej prawej ścianie pęcherza lekko zaczerwienione ujście wszczepionego moczowodu. Cewnik wchodzi doń łatwo. Wodonercze i rozszerzenie moczowodu znacznie mniejsze niż przed 2 tygodniami (rys. 6). Chora czuje się dobrze.

Jak widać, często udaje się uratować nerkę przez zastosowanie odpowiedniego leczenia. Sam mam na sumieniu 2 nerki, które usunąłem z powodu przetok moczowodowych poporodowych. I chora i lekarz zazwyczaj chcą jaknajprędzej zlikwidować źródło przetoki i, jako najprostsze, decydują się na nefrektomię. Przy obecnym stanie chirurgii dróg moczowych, kiedy jesteśmy w stanie ratować nerkę wszczepiając uszkodzony moczowód do pęcherza lub jelita, musimy przeczekać tylko niezbędny przed zabiegiem okres 6 — 8 tygodni; gdyby okres ten był połączony z objawami zapalenia miedniczki, wysoką ciepłotą i bólami, wtedy wskazane jest wytworzenie przetoki nerkowej, do czasu odpowiedniego załatwienia kilkuta moczowodu. Przypuszczam, że tym sposobem można w większości przypadków uratować tak ważny dla ustroju narząd, jakim jest nerka.

Dyskusja:

Dr Datyner winszuje referentowi doskonałych wyników — na podstawie własnego doświadczenia bowiem twierdzi, że większość przypadków przetok moczowodowych kończy się nefrektomią.

H. Ciszkiewicz.

POSIEDZENIE KLINICZNE WARSZAWSKIEGO KOŁA TOWARZYSTWA ORTOPEDYCZNEGO I TRAUMATOLOGICZNEGO

w Instytucie Chirurgii Urazowej dnia 28 marca 1938 r.

Dr H. Ciszkiewicz:

PRZYPADEK TĘTNIAKA RZEKOMEGO TĘTNICY PACHOWEJ ORAZ PORAŻENIA SPLOTU BARKOWEGO PO POSTRZALE.

(str. własne)

27-letnia chora B. I. przy manipulowaniu pistoletem postrzeliła się przypadkowo 28.XI 37 r. w okolicę pachy lewej. Podaje, że bezpośrednio po zranieniu kończyna górna lewa uległa gwałtownemu skurczowi, po czym opadła bezwładnie. Małe ranki wlotowa i wylotowa zagoiły się po upływie tygodnia w leczeniu domowym, natomiast pozostało porażenie kończyny z wyjątkiem stawu barkowego: ani śladu ruchów czynnych w łokciu, ledwo dostrzegalne ruchy zgięcia palców 4. i 5. W tym stanie chora przybyła do Instytutu dn. 7. XII 37. Z pod strupa na rance wlotowej pokazała się z kanału postrzałowego skąpa wydzielina ropna.

Po odczekaniu kilku tygodni (ze względu na wydzielinę ropną), wobec stałego ponaglania przez chorą przystąpiono 14 stycznia do zabiegu operacyjnego w uśpieniu sennarkolowo-eterowym *(płk dr Sokołowski)*. Z dużego cięcia otwarto dół pachowy i stwierdzono tu obecność guza wielkości sporej śliwki, sinawo zabarwionego, na przebiegu tętnicy pachowej; w otaczającej zbliznowaciałej tkance przebiegały dokoła guza pnie nerwowe splotu barkowego. Wypreparowano je ostrożnie, miejscami na ostro, z blizny i mocnych zrostów ze ścianą tętniaka, po czym dokonano endoneurolizy przez nastrzykanie fizjologicznym roztworem soli z nakłuć cieniutką igiełką. Wobec istnienia dobrze wykształconego krążenia obocznego tętniak wyłączono za pomocą podwiązek i wycięto wraz z krótkim odcinkiem tętnicy pachowej. Ranę zeszyto szczelnie, co, ze względu na świeżo wygasłe zakażenie, okazało się w skutkach niekorzystne. Już w kilka dni po zabiegu doszło do dość groźnego ropienia w dole pachowym, a później do zacieków ropnych pod m. piersiowym i na ramieniu, co w stopniu znacznym upośledziło wynik czynnościowy po zabiegu. Trzeba było jeszcze wykonać dwa nacięcia ropowicy i drenować ją; ciężki stan ogólny podtrzymywano dwukrotnym wlaniem dożylnym krwi konserwowanej (po 250 cm³ grupy 0).

Obecnie stan ogólny chorej uległ znacznej poprawie, rany pooperacyjne są wygojone. Ruchy w porażonej uprzednio kończynie poprawiają się szybko, jakkolwiek zakres ruchów w barku i łokciu jest jeszcze ograniczony wskutek zbliznowaceń po ropowicy; zakres działania nerwu promieniowego zwiększa się stale: czynne unoszenie dłoni i prostowanie palców, które wkrótce po operacji było ledwo zaznaczone, ulega stałej poprawie. Oczywiście, że stan obecny daleki jest jeszcze od końcowego wyniku, gdyż jak wiadomo trzeba nań czekać miesiącami.

Przedstawiam przypadek ten w zbyt wczesnym może jeszcze na pokaz okresie z następujących względów:

1) jako przypadek rzekomego tętniaka pourazowego tętnicy pachowej; okres 6 tyg., dzielący zabieg operacyjny od zranienia, wystarczył zupełnie do wytworzenia się krążenia obocznego, tak że wycięcie zmienionego odcinka tętnicy nie wpłynęło ujemnie na krążenie w kończynie. Natomiast ze względu na utajone zakażenie zabieg był wykonany przedwcześnie, a w każdym razie należało drenować ranę, co albo zapobiegłoby powikłaniu ropnemu, albo zmniejszyłoby jego nasilenie;

2) jako przykład, że tkanka nerwowa jest bardzo odporna na toczący się w otoczeniu proces ropny, gdyż w tym przypadku powrót czynności nerwów ma przebieg zupełnie prawidłowy, jak gdyby nie było powikłania ciężką ropowicą;

3) ze względu na ujawnienie się w przebiegu pooperacyjnym ciekawego współistniejącego cierpienia, które omówi *dr Ambros.*

Dr Z. Ambros:

PRZYPADEK CHOROBY SCHEUERMANNA.

(str. własne)

Oprócz zasadniczego schorzenia stwierdzono u chorej współistniejącą *kifozę młodzieńczą*, która swym przebiegiem klinicznym odchyla się od klasycznych norm, zakreślonych przez *Scheuermanna* — i z tego względu zasługuje na szersze omówienie.

Dane kliniczne naszego przypadku przedstawiają się następująco:

Chora lat 27, wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, odżywienia miernego. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Chorób zakaźnych nie przechodziła.

W dzieciństwie ani w wieku dorastania żadnych dolegliwości ze strony kręgosłupa nie zauważyła. Dopiero po porodzie odbytym przed 5 laty zaczęła odczuwać bóle w obrębie kręgosłupa piersiowego, lekko opasujące, występujące głównie po zmęczeniu i większym ruchu. Bóle te uspakajały się po wypoczynku w pozycji leżącej.

Stan taki utrzymywał się przez kilka miesięcy, nie upośledzając sprawności fizycznej, tak że chora mogła w początkowym okresie uprawiać wszelkie sporty i gimnastykę. Stopniowo zaczęło się zaznaczać pewne usztywnienie części piersiowej kręgosłupa, hamujące wychylenia boczne tułowia. W okresie tym nie zauważyła jednak żadnego uwypuklenia pleców, a nawet nasilenie bólów zaczęło się powoli zmniejszać.

W ostatnich miesiącach przed przybyciem do szpitala chora czuła się względnie dobrze, a ponieważ prowadziła w tym czasie mało ruchliwy tryb życia, nie odczuwała żadnych dawnych dolegliwości w kręgosłupie i myślała, że sprawa uległa już zupełnemu uspokojeniu.

W czasie pobytu chorej w Instytucie stan jej choroby skazał ją na długie leżenie w łóżku, w związku z zabiegiem operacyjnym i następowymi powikłaniami. W czasie leżenia w łóżku nie skarżyła się na żadne dolegliwości ze strony kręgosłupa.



Rys. 1.

Dopiero w okresie rekonwalescencji zauważyła wyraźne zaokrąglenie pleców nie dające się znieść czynnie. Ruchomość kręgosłupa w odcinku piersiowym jest upośledzona na wychylenia boczne w stopniu znaczniejszym aniżeli przed rokiem. Bolesności samoistnej ani przy próbach ruchów nie odczuwa.

Stan miejscowy: W zakresie kręgosłupa piersiowego (rys. 1) stwierdza się łukowate wygię-

cie kolumny ku tyłowi, nie dające się znieść ani czynnie, ani biernie (kifoza ustalona). Łuk ten rozpina się pomiędzy 1. a 11. kręgami piersiowymi a szczyt jego łagodnie zaokrąglony znajduje się na wysokości D 7. — 10. Trzony kręgów w obrębie wypuklenia nie bolesne na ucisk bezpośredni ani przy próbach zginania tułowia. Nie można też wykazać w tym odcinku kręgosłupa bolesności pośredniej z przeniesienia przy nacisku na barki.



Rys. 2.

Wykonany rtg. (rys. 2) wykazał w rzucie bocznym wygięcie kifotyczne kręgosłupa piersiowego. Na szczycie wygięcia trzony kręgów mają kształt lekko kilnowaty, przy czym podstawy ich zwrócone są ku tyłowi. Zarysy tych kręgów zaznaczone, a powierzchnie ich lekko falisto-nierówne.

Tarcze kręgowe pomiędzy D 7. — 11. spłaszczone, na wysokości D 8. stwierdza się obecność cienia wielkości ziarna prosa, odpowiadającego guzkowi chrząstkowemu tzw. przepuklince Schmorla. Pozostałe kręgi bez wyraźniejszych zmian.

Kyphosis adolescentium — opisana po raz pierwszy przez *Scheuermanna* — występuje jako powoli i stopniowo zaznaczające się wypuklenie w piersiowej części kręgosłupa, najczęściej między 11. i 19. r. życia. Schorzenie to już po 20. roku życia występuje bardzo rzadko.

Stopniowemu przypłaszczeniu ulega jeden lub więcej kręgów i zależnie od tego wygięcie przybiera postać większego lub mniejszego łuku. Objawy choroby Scheuermanna występują zwykle około 16 r. życia, częściej u dziewcząt aniżeli u chłopców.

Charakterystycznym objawem tego schorzenia są w okresie początkowym bóle, występujące głównie po wysiłkach fizycznych, a znikające zupełnie po wypoczynku w pozycji leżącej.

W początkowym okresie cierpienia kręgosłup nie wykazuje jeszcze żadnych zmian. Dopiero po szeregu miesięcy zaczyna się stopniowo zaznaczać zaokręglenie pleców, dające się czynnie wyprostować. Kifoza ta ma kształt łukowaty. Szczyt jej znajduje się na wysokości 7. — 10. kręgu piersiowego. Trzony kręgów, znajdujących się na szczycie łuku, przybierają kształt klinów, zwężających się od tyłu ku przodowi.

Zmienione kręgi nie są bolesne ani na ucisk bezpośredni, ani pośredni. Przy badaniu stwierdza się niedostateczne wyrównanie krzywizny i wyraźne unieruchomienie kręgosłupa na szczycie łuku, gdzie zmiany kręgów są największe.

Rozpoznanie cierpienia opiera się głównie na rentgenogramach: szczególnie na zdjęciach bocznych kręgi na tej wysokości mają kształt klinowaty, podstawy ich zwrócone są ku tyłowi. Zarysy kręgów są niewyraźne, zamazane, powierzchnie ich są faliste i nierówne.

Prócz zmian w konturach samych kręgów stwierdza się na rtg. spłaszczenie tarcz międzykręgowych oraz guzki Schmorla na różnych wysokościach kręgosłupa.

W odróżnieniu od gruźlicy tarcze międzykręgowe są zachowane, a trzony kręgów nie wykazują ognisk ani ubytków w istocie korowej.

Etiologia tego cierpienia jest dotychczas nieustalona i szereg autorów przedstawiło rozmaite, często wręcz odmienne hipotezy, mające wyjaśnić istotę schorzenia.

Scheuermann przypuszczał, że chodzi tu o sprawę chorobową, zaczynającą się pomiędzy nasadą a kręgiem i twierdzi, że kifoza młodzieńcza jest następstwem zaburzeń na tle odchyleń rozwojowych kręgów. Przypuszczenia te nie znalazły potwierdzenia w badaniach anatomo-patologicznych.

Badania *Schmorla* wykazały, że dla kyphosis adolescentium charakterystyczna jest obecność w kręgosłupie przepuklinek chrząstkowych. Zdaniem jego samo skrzywienie kręgosłupa jest zjawiskiem wtórnym, pierwotne zaś są zmiany w chrząstkach tarczek międzykręgowych, które sprowadzają następowe deformacje trzonów kręgowych. Zmiany w tarczach międzykręgowych, jakie rozwinąć się mogą na tle urazów i schorzeń chrząstki, wpływają na zmiany ich konfiguracji i powodują tworzenie się guzków Schmorla.

W przypadku naszym podkreślić należy przede wszystkim późne wystąpienie schorzenia. Po 20. roku życia, jak to podnoszą zgodnie wszyscy autorzy, choroba Scheuermanna występuje niesłychanie rzadko. W omawianym przypadku cierpienie to rozwinęło się w 22. roku życia u kobiety zawsze zdrowej, dobrze zbudowanej i wysportowanej, a więc o silnym i wyrobionym aparacie mięśniowo-więzadłowym.

Zasługuje na podkreślenie jeszcze ta okoliczność, że schorzenie to ujawniło się bólami kręgosłupa piersiowego po odbytym porodzie.

Hanson i *Mau* uważają, że zjawiska zachodzące w tej sprawie chorobowej odpowiadają zmianom, jakie zachodzą przy osteochondritach stawów i tłumaczą je martwicą chrząstki podobną do choroby Legg-Calvé-Perthesa.

Stanowisko tych autorów podzielają częściowo *Baranny* i *Koppenstein*, którzy zaliczają chorobę Schmorla, oraz zwapnienie spotykane w tarczach międzykręgowych przy spondylosis deformans do jednej grupy arthro-burso-pathii.

Schanz tłumaczy powstawanie kifozy młodzieńczej tzw. statyczno - mechaniczną niewydolnością kręgosłupa. Ta niewydolność rozwija się wtedy, gdy jego siła nośna zostaje przekroczona przez nadmierne obciążanie. W wieku młodzieńczym zaznaczyć się ona może łatwo, skutkiem niedostatecznego wykształcenia mięśni w stosunku do wzrostu kręgosłupa. Zdaniem *Schanza* zaokrąglenie piersiowej części kręgosłupa, jako też boczne jego skrzywienie, występują szczególnie łatwo wtedy, gdy zewnętrzne warunki sprzyjają powstawaniu kifozy. I tak np. długie siedzenie młodzieży w źle skonstruowanych ławkach szkolnych przyczynić się może do skrzywienia kręgosłupa, gdyż zbyt słabe mięśnie pleców nie są w stanie utrzymać kręgosłupa przez czas dłuższy w pozycji wyprostowanej. Wytłumaczenie powstania tego cierpienia mogłoby być następujące:

1) Można by przyjąć za *Schanzem*, że u naszej chorej wystąpiła niewydolność kręgosłupa wywołana jego przeciążeniem w okresie ostatnich miesięcy ciąży. Przeciwko temu zazatrywaniu przemawia jednak to, że była ona kobietą silną, wysportowaną, o dobrze wyrobionych mięśniach, zdolnych do utrzymania kręgosłupa w pozycji wyprostowanej. Poza tym cierpienie to nie ujawniło się w ostatnich miesiącach ciąży, ale już po odbytym porodzie, kiedy kręgosłup nie był już przeciążony.
2) Zapatrywania *Scheuermanna* nie tłumaczą naszego przypadku: cierpienie wystąpiło w okresie ukończonego wzrostu i trudno je odnieść do zaburzeń rozwojowych kręgów.
3) Zmiany w tarczkach międzykręgowych, zgodne z opisami *Schmorla,* nie wyjaśniają etiologii cierpienia u naszej chorej, gdyż nie ma tu urazu, któryby sprowadził uszkodzenie tarczy międzykręgowej i następowe powstanie kifozy.
4) Z uwagi właśnie na okoliczność, że cierpienie to zostało wywołane odbytym porodem, jesteśmy skłonni przyjąć stanowisko *Mau* i *Hansona.*

Widocznie poród i związane z okresem ciąży zaburzenia korelacji gruczołów dokrewnych spowodowały schorzenie tarczek międzykręgowych, którego zejście ujawniło się wystąpieniem choroby Scheuermanna.

Ostatnio mieliśmy możność obserwowania w Instytucie kilku chorych, u których po odbytych porodach rozwinęły się „athropathie" w zakresie kręgosłupa, stawów krzyżowo - biodrowych i stawów biodrowych.

Zjawiska te nie mają dotychczas klinicznego wytłumaczenia. Niewątpliwie ciąża i poród są jednym z momentów, które wywołać mogą schorzenia zaliczane przez *Mau* i *Hanzona* do nieokreślonej ściśle grupy „arthro-burso-pathii".

Dyskusja:

Dr Levittoux uważa, że choroba Scheuermanna istniała u chorej już od dawna, a ciąża była tylko momentem wywołującym, wskutek zachwiania równowagi gospodarki wapniowej; przyczyną bólów są zmiany statyczne. U młodzieży szkolnej często stwierdza się t.zw. dorsum rotundum — granicę między tą sprawą a chorobą Scheuermanna trudno przeprowadzić. Powstanie cierpienia można wytłumaczyć w sposób następujący: u tych osobników, u których blaszka korowa trzonów kręgowych jest b. cienka, nucleus pulposus wgniata i wygina te blaszki; ponieważ od tyłu kręgi są podparte przez wyrostki stawowe, dlatego proces nasiadania kręgów występuje od

przodu, co powoduje wygięcie kręgosłupa w sensie kyphosis. Inne przypuszczenie tłumaczy to wygięcie dysproporcją pomiędzy wzrostem mostka a kręgosłupa. Przepuklinki Schmorla zdarzają się często w chorobie Scheuermanna, ale nie są wyłącznie swoiste dla tej sprawy.

Dr Sokołowski podkreśla rolę ciąży w tej sprawie, jako powodującej zaburzenia w statyce i powołuje się na analogię do przypadków wrodzonego nadwichnięcia biodra: chore te przez dłuższy czas były uważane i uważały siebie za zupełnie zdrowe, a dopiero podczas lub po ciąży zjawiały się u nich bardzo silne bóle, tłumaczące się niedomogą statyczną. W obserwowanych kilku przypadkach znaczną poprawę dawały stosowane, wg zasad Leriche'a, wstrzykiwania do mięśni loco dolenti środków znieczulających.

Dr Ambros stwierdza na podstawie dokładnie przeprowadzonych wywiadów, że pierwsze dolegliwości ze strony kręgosłupa wystąpiły u chorej dopiero w 22. roku życia. Mechanizm powstawania cierpienia tłumaczy się przede wszystkim zmianami w chrząstkach międzykręgowych; odegrywają one dużą rolę w fizjo- i patologii kręgosłupa: wg Unstedta chrząstki stanowią ¼ długości kręgosłupa, a i w warunkach fizjologicznych zachodzą w nich poważne zmiany (np. wydłużanie się kręgosłupa po leżeniu).

Dr T. Wagner.

DWA PRZYPADKI ŹLE ZGOJONYCH ZŁAMAŃ KOŚCI UDOWEJ.

(str. własne)

Przypadek 1. H. Z. lat 14. W dniu 28.X 1937 r. spadł z roweru doznając złamania lewego uda. Tegoż dnia przywieziony do szpitala, gdzie był leczony na wyciągu plastrowym przez sześć tygodni. Zgłosił się do Instytutu 18 stycznia 1938 r., a więc po upływie prawie 12 tygodni, z powodu znacznego skrócenia kończyny złamanej.



Rys. 3a.



Rys. 3b.

Przy badaniu stwierdzono: skrócenie kończyny dolnej lewej ponad 5 cm, duża blizna kostna w górnej połowie uda, oś uda zarysowana prawidłowo. Chory pomimo skrzywienia bocznego kręgosłupa o typie wyrównawczym, wyraźnie upada na lewą nogę. Ruchy stawu kolanowego lewego bardzo nieznacznie ograniczone; zaniki mięśniowo słabo wyrażone.

Rtg. (rys. 3 a, b): złamanie skośne kości udo-

wej zgojone, oś kości udowej w obu płaszczyznach bardzo dobra, znaczne przemieszczenie ad longitudinem.

O rozklinowaniu bezkrwawym w tym przypadku nie mogło już być mowy. Wychodząc z założenia, że pozostawić tak chorego niepodobna, ze względu na duży stopień kalectwa, a mając takie atuty w ręku, jak młody wiek chorego, dobry stan tak stawu kolanowego jak i mięśni kończyny, zadecydowano zabieg operacyjny.

W dniu 19 stycznia b. r. w uśpieniu sennarkolowo-eterowym przystąpiliśmy do zabiegu operacyjnego *(Dr Wagner)* Cięcie między mięśniem prostym uda, a głową boczną mięśnia czworogłowego. Wybrano tę drogę, ponieważ z cięcia typowego bocznego nie byłoby dostępu do dawnej szpary złamania, przebiegającej prawie ściśle w płaszczyźnie strzałkowej.

Po dotarciu do kości rozdłutowano oba odłamy zespolone bardzo silną blizną kostną, zamknięte jamy szpikowe otwarto przez zcięcie powierzchni odłamów dłutem. Ranę zeszyto warstwowo, dając na mięśnie kilka szwów katgutowych dla unik-

przypadkach świeżych złamań kości udowej z tą różnicą tylko, że chory dłużej pozostawał na wyciągu: wyciąg zdjęto po sześciu tygodniach i ułożono kończynę na podstawce Brauna. Jednocześnie z tym rozpoczęto energiczne mięsienie kończyny z wyjątkiem okolicy złamania oraz ruchy czynne we wszystkich stawach.

W chwili obecnej stwierdza się zupełny brak skrócenia kończyny operowanej (rys. 4 a, b). Pewne ograniczenie ruchów stawu kolanowego (wyprostowanie do kąta 160 stopni) i zaniki mięśniowe, szczególnie uwydatniające się na mięśniu prostym uda, a bądące wynikiem bądź co bądź dwukrotnego z małą stosunkowo przerwą unieruchomienia kończyny, uważamy za następstwa przejściowe.

Przypadek powyższy przedstawiam nie ze względu na to, żeby sam w sobie był ciekawy czy rzadki, a jedynie jako ilustrację niedostatecznego działania wyciągu plastrowego, nawet u chorych w wieku dziecięcym czy młodzieńczym. Uzyskano co prawda w tym przypadku bardzo dobre ustawienie osiowe odłamów, ale skrócenia nie zniesiono.



Rys. 4a.



Rys. 4b.

nięcia interpozycji. Po nałożeniu opatrunku założono wyciąg drutowy za kłykcie udowe i ułożono kończynę na szynie pionowej. Dalsze postępowanie nie odbiegało niczym od postępowania w

Przypadek 2, dotyczący Anny G. lat 5, który w jego pierwszych etapach leczenia operacyjnego opisałem w „Chirurgu Polskim" (Nr. 12/37), chciałbym przedstawić obecnie jako do pewnego

stopnia wynik późny. Chora była operowana w dniu 2 grudnia ub. roku z powodu zrostu kości udowej w wadliwym ustawieniu, powikłanego zmianami zapalnymi trzonu z przetokami, martwicą końców odłamów i wytworzeniem martwaków. Po zabiegu operacyjnym polegającym na



Rys. 5.

usunięciu martwaków, oddłutowaniu martwych końców odłamów tak, żeby nie otworzyć jam szpikowych, i złamaniu mostów kostninowych łączących odłamy, powstał ubytek trzonu. Pomimo to rozciągnęliśmy odłamki (wyciąg pionowy za poddzie), aby uniknąć skrócenia kończyny. Liczyliśmy na bliznę odokostnową z pozostałych mostów kostninowych i późniejszą przebudowę kości. Przetoka po sączku zagoiła się po dwóch tygodniach. Zrost klinicznie nastąpił po upływie sześciu tygodni. Skrócenie kończyny bezwzględne wynosi obecnie 1 cm, co w stosunku do 5 cm skrócenia w dniu przybycia do Instytutu, uważamy za wynik w tym przypadku dobry. Staw kolanowy wykazujący ograniczenie zgięcia (110 stopni) od początku pobytu w Instytucie, ze względu na bardzo młody wiek chorej nie napawa nas większą troską w sensie rokowania. Rentgenologicznie (rys. 5) widać bardzo wybitnie wyrażoną bliznę odokostnową i rozpoczynającą się przebudowę kości w sensie wyrównania osi trzonu oraz kanalizowanie się blizny od jamy szpikowej.

Dyskusja:

Dr Wiśniewski sądzi, że w przyp. 1. wskazaniem do zabiegu był nie „młody wiek chorego”, a raczej wielkość skrócenia, gdyż właśnie w wieku młodym możemy liczyć na samoistne wyrównanie się umiarkowanych skróceń (2 — 3 cm). Odnośnie przyp. 2., to winszuje tak gładkiego przebiegu pomimo istniejącego zakażenia: należało obawiać się rozwinięcia się ciężkiego ostrego zapalenia i za właściwsze, bo mniej ryzykowne, uważałby postępowanie bezkrwawe — redresję w uśpieniu.

Dr Sokołowski: W przyp. 1. wskazanie do zabiegu było względne, ale przy dobrej technice i pewnej jałowości zabiegu nie należało się go obawiać, tym bardziej, że istniało tu wskazanie społeczne. W przyp. 2. skrzywienie osi było ogromne — nie można było czekać na powstanie zrostu w takim ustawieniu i dlatego był wskazany wczesny zabieg.

Dr T. Wagner:

PRZYPADEK ZŁAMANIA RZEPKI LECZONY METODĄ PRZYJĘTĄ W INSTYTUCIE.

(str. własne)

Chory W. S. lat 38 w dniu 6.II. spadł z roweru uderzając prawym kolanem o jezdnię. Odczuł dojmujący ból i nie mógł wstać o własnych siłach. Przewieziony do Instytutu. Klinicznie i rentgenologicznie (rys. 6) stwierdzono złamanie rzepki z fragmentacją i rozejściem się odłamów na ca. 2 cm. Po opróżnieniu nakłuciem stawu kolanowego z zawartości krwawej przystąpiono do zabiegu. W uśpieniu eterowym cięcie poprzeczne ponad miejscem rozejścia się odłamów. Więzadło rzepkowe zeszyto po zaadaptowaniu odłamów rzepki, szwami jedwabnymi węzełkowymi z dodatkiem dwóch szwów jedwabnych materacowych. Powięź stawu kolanowego rozdartą po stronie przyśrodkowej również zeszyto jedwabiem. Unieruchomienie kończyny w szynie gipsowej w lekkim zgięciu w stawie kolanowym. Rentgenogram kontrolny wykazuje ustawienie odłamów prawi-

dłowe. Po upływie osiemnastu dni zdjęto szynę i ułożono kończynę na podstawce Brauna. Choremu polecono wykonywać lekkie ruchy zgięcia w



Rys. 6.

stawie kolanowym nie unosząc kończyny; prostowanie odbywało się biernie. Po upływie 3 tygodni chory rozpoczął obciążać kończynę chodząc w tutorze szklannym, który do ćwiczeń i na noc zdejmował. Jednocześnie z tym rozpoczęto mięsienie uda i podudzia. Obecnie po upływie siedmiu tygodni od wypadku chory zgina kończynę w stawie kolanowym nieco poza kąt prosty, wyprostowanie ma zupełne, rzepka nie bolesna, przesuwal-



Rys. 7.

na tak na boki jak i z góry w dół w granicach normalnych. Rtg. rys. 7.

Przypadek powyższy przedstawiam jako bieżącą ilustrację wyników, jakie otrzymujemy z reguły w złamaniach rzepki stosując wczesne uruchomianie stawu kolanowego.

Dr T. Sokołowski:

DWA PRZYPADKI ZASTARZAŁEJ EPIFIZJOLIZY GŁOWY K. UDOWEJ.

(str. własne)

Przyp. 1. S. J. l. 7, doznał upadku przed 3 laty. Po kilku tygodniach leżenia zaczął chodzić, ale utykał silnie i zauważył skrócenie kończyny. Stan obecny: skrócenie kończyny 3½ cm, ograniczenie ruchów stawu biodrowego, szczególnie odwodzenia, na rentgenogramie stan po epifizjolizie ze znacznym przesunięciem odłamu trzonu do góry i szpotawym ustawieniem szyi k. udowej (rys. 8 a).

Operacja *(Dr Sokołowski):* ułożenie chorego na stole ortopedycznym; w znieczuleniu ogólnym sennarkolowo-eterowym otwarto staw biodrowy z cięcia przedniego z oddłutowaniem kolca k. biodrowej (ze względu na konieczność dobrego dostępu do przesuniętego do góry odłamu obwodowego). Po otwarciu torebki stawowej przecięto płaskim dłutem szyję k. udowej, po czym napięto kończyny, wykonano zdjęcia kontrolne przednio-tylne i boczne, wbito gwóźdź kierowniczy i po ponownej kontroli rentgenowskiej wbito gwóźdź S. P., zespalając odłamki w nowym ustawieniu.

Przebieg pooperacyjny powikłany krwiakiem (nie sączkowano rany), który opróżniono po zdjęciu 2 szwów, po czym rana zagoiła się szybko

bez reakcji. Widzą Panowie, że skrócenie ustąpiło całkowicie. Ze względu na krwiak pozwoliliśmy choremu wstać dopiero po 4 tygodniach; chory chodzi dobrze bez laski. Ruchy stawu biodrowego ograniczone, ale, jaką sądzę, powinny ulec, szczególnie odwodzenie, znacznej poprawie. biorąc pod uwagę młody wiek chorego. Rentgenogramy po operacji wykazują znaczną poprawę ustawienia odłamków (rys. 8 b).



Rys. 8a.

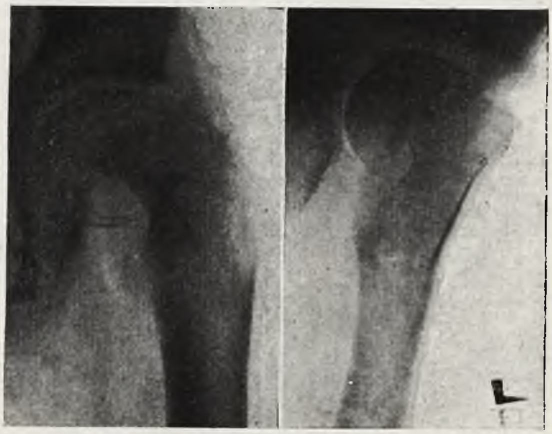


Rys. 8b.

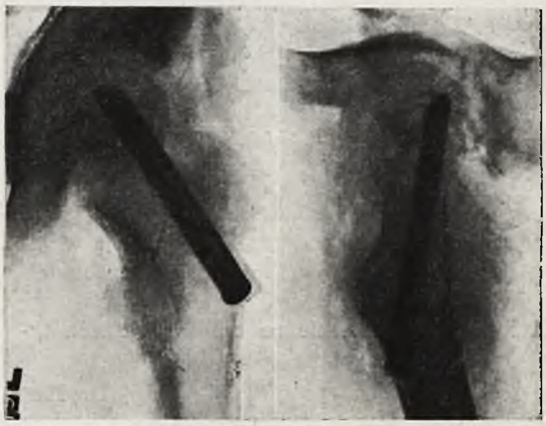
Przyp. 2. H. S. lat 15, doznał upadku na ślizgawce na 7 tygodni przed przybyciem do Instytutu; po upadku mógł jeszcze, acz z trudem, wrócić do domu o własnych siłach, potem położył się do łóżka, ale wstał po tygodniu i zaczął chodzić. Zgłasza się do leczenia ze względu na silne utykanie i bóle stawu biodrowego.

Stan obecny: skrócenie kończyny o 3 cm i znaczne upośledzenie ruchów stawu biodrowego, zwłaszcza odwodzenia; na rentgenogramie widać stan po epifizjolizie, przesunięcie odłamka główki i szpotawość (rys. 9 a).

Operacja (*Dr Sokołowski*): ułożenie chorego na stole ortopedycznym; z przedniego cięcia otwarto staw biodrowy, po czym wykonano osteotomię rotacyjną (dłutem żłobowym) szyi kości udowej. Następnie napięto kończyny, uzyskując przesunięcie odłamu główki i wykonano zespolenie gwoździem własnej konstrukcji[1]). Zdjęcie kontrolne



Rys. 9a.



Rys. 9b.

(rys. 9b) wykazało doskonałe ustawienie odłamków i rekonstrukcję kąta szyi. Ustawienie szpotawe znikło. Przebieg pooperacyjny bez powikłań (ranę sączkowano pęczkiem silku), rychłozrost. Choremu pozwolono wstać po 3 tygodniach; chodzi od razu dobrze. I w tym przypadku, jak się zdaje, rokowanie co do powrotu ruchów stawu biodrowego w znacznym stosunkowo zakresie jest uzasadnione.

[1]) Opis gwoździa oraz techniki jego stosowania zostanie podany w kwietniu b. r. na Zjeździe Pol. Tow. Ortop. i Traumatol.

Dyskusja:

Dr Levittoux: Osiągnięte świetne wyniki mówią same za siebie; w przyp. 2. nie ma zastrzeżeń co do obranej metody, gdyż przemieszczenie główki było znaczne, natomiast w przyp. 1., będącym coxa vara traumatica, wykonany zabieg był duży i trudny — sądzi, że osteotomia podkrętarzowa mogłaby dać równie dobry wynik czynnościowy.

Dr Szmorak przypuszcza, że w przyp. 1. była nie epifizjoliza, a coxa vara rachitica lub congenita; widoczny na rentgenogramie ślad po przebytym urazie uważa za t.zw. „Umbauzone". Załatwienie przypadku jest b. dobre. Odnośnie przyp. 2. sądzi, że predyspozycję do epifizjolizy stanowiły zaburzenia gruczołowe, cech których dopatruje się u chorego. Śródstawowa osteotomia szyi jest technicznie trudna — należało próbować bezkrwawej redresji. W przypadkach epifizjolizy zaznacza się skłonność do martwicy główki, a gwóźdź tkwiący w nasadzie może powodować u dzieci zaburzenia wzrostu. We własnym przypadku epifizjolizy u chłopca 18-letniego wykonał redresję bezkrwawą, ale zdaje się, że pozostanie duże ograniczenie ruchów w stawie.

Dr Sokołowski: Felsenreich pierwszy zastosował gwoździowanie epifizjolizy. Podaje w wątpliwość możność nastawienia bezkrwawego po dłuższym czasie, gdyż właśnie przypadki epifizjoliz utrwalają się b. szybko — po 6 tyg. już jest silny zrost. Epifizjoliza nastawiona bezkrwawo może ulec, jak to miało miejsce w jednym z przyp. leczonych w Instytucie, ponownemu przemieszczeniu. Przyp. 1. wygląda jednak najprawdopodobniej na coxa vara po epifizjolizie. Osteotomia przy tak silnej szpotawości nie mogłaby dać pomyślnego wyniku; zresztą osteotomia podkrętarzowa nie jest zabiegiem pozbawionym stron ujemnych. Zabiegi wykonane w obu przypadkach nie są zbyt trudne, wymagają tylko pewnej rutyny.

Dr W. Przednikiewicz (ref. *dr Wagner*)*:*

DWA PRZYPADKI WGNIECENIA CZASZKI.
(str. własne)

Przypadek 1. Fr. K. lat 55. W dniu 21.IV 1937 roku w czasie bójki uderzony siekierą w głowę i lewe ramię. Tegoż dnia przywieziony do Instytutu.



Rys. 10.

Chory przytomny; tętno 84 na minutę, miarowe. W okolicy ciemieniowej prawej podłużna rana cięta długości około 10 cm, drążąca w głąb poprzez ubytek kości. W głębi rany widać zniszczoną tkankę mózgową (rys. 10). Na lewym ramieniu w połowie długości rana cięta długości około 2 cm. drążąca w głąb; kość w tym miejscu wykazuje patologiczną ruchomość i wyraźne tarcie odłamów. Chory nie wykazuje zaburzeń mowy, jak również zmian w zakresie układu nerwowego. Rentgenogram wykazuje spiralne złamanie kości ramiennej oraz rozległe złamanie czaszki o typie wgnieceniowym w zakresie prawej kości ciemieniowej i czołowej (rys. 11 a, b).

Operacja *(Dr Sokołowski):* W znieczuleniu miejscowym wycięto pierwotnie ranę głowy, odwarstwioną okostnę wraz z płatem okostnowo-mięśniowym uniesiono w kierunku skroni i wyłamano dwa duże wgniecione odłamy kostne; zniszczoną tkankę mózgową usunięto za pomocą ssaka. Dotarto wokół ubytku kostnego do zdrowej opony twardej, pojedyncze krwawiące naczynia pajęczynówki zaklipsowano. Ubytek opony twardej pokryto powięzią pobraną z mięśnia skroniowego. Ubytek kostny wypełniono częściowo blaszkami kostnymi poprzednio wyłamanymi. Ranę skóry i czepca ścięgnistego zeszyto szczelnie. (Rtg. rys. 12 a, b). Ranę ramienia wycięto i kończynę unieruchomiono.

W przebiegu pooperacyjnym ognisko bronchopneumoniczne w prawym dolnym płacie, opanowa-



Rys. 11a, b.



Rys. 12a, b.

ne po kilku dniach. Po upływie ośmiu dni zdjęto szwy z obu ran zagojonych przez rychłozrost.

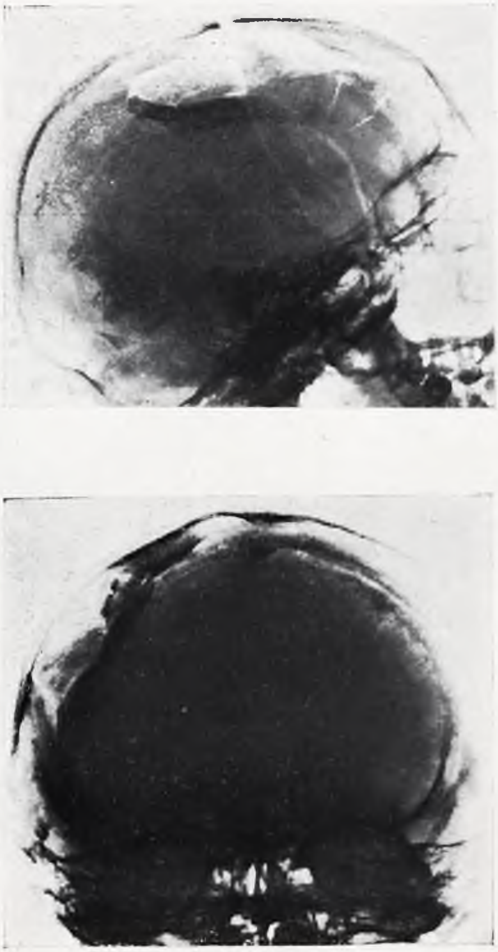
Chory ze względu na leczenie złamania kości ramiennej opuścił szpital w stanie zupełnie dobrym dopiero w dniu 3.VI r. ub. bez objawów ze strony układu nerwowego, z zaklęśnięciem w okolicy pr. kości czołowej (rys. 13).

Przypadek 2. Chory St. K. lat 39. W dniu 20 lutego b. r. uderzony w bójce kłonicą w głowę. Przybywa do Instytu po tygodniu z powodu bólów głowy oraz trudności i zacinania się w mowie; dolegliwości te pojawiły się na drugi dzień po wypadku.

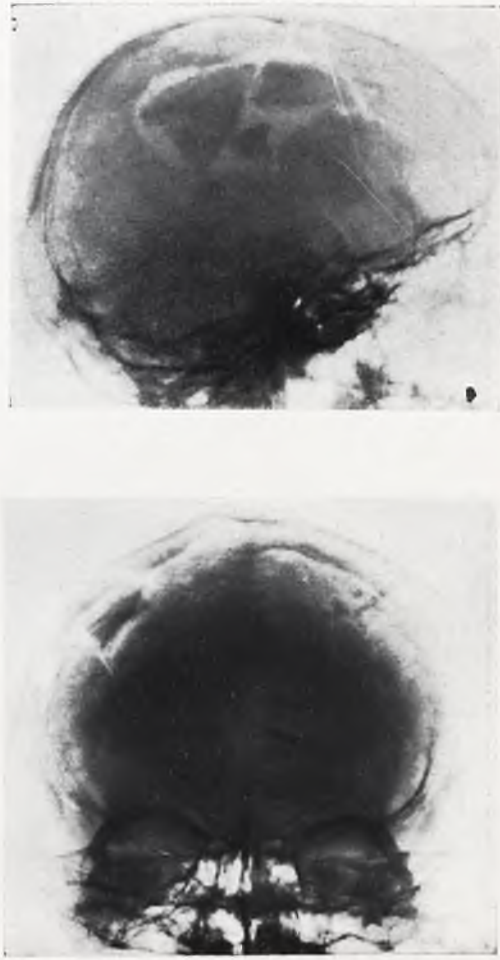
Chory przytomny, o bardzo zwolnionej reakcji psychomotorycznej, apatyczny, mówi bardzo wolno, niektóre wyrazu źle artykulując i wyraźnie siląc się na ułożenie zdania. Tętno 68 na minutę, miarowe, dobrze napięte. W lewej kości ciemieniowej wgniecenie o rozmiarach 6 × 5 cm. Źrenica prawa (lewe oko — proteza) miernie szeroka, reakcja na światło zwolniona. Ze strony układu



Rys. 13.



Rys. 14a, b.



Rys. 15a, b.

nerwowego obwodowego, poza wzmożeniem odruchów ścięgnistych na kończynach tak górnych jak dolnych, nie stwierdza się wyraźniejszych zmian. Rentgenologicznie (rys. 14a, b) wgniecenie kości ciemieniowej oraz kilka szpar pęknięcia promienisto rozchodzących się.

Operacja *(Dr Sokolowski):* w znieczuleniu miejscowym polokainą cięcie płatowe o podstawie zwróconej ku skroni, okolające wgniecenie. Po wypreparowaniu płata skórno-czepcowego podniesiono i wyłamano wgniecone odłamy kostne, które wrzucono do jałowego roztworu fizjologicznego po uprzednim obmyciu ich ze skrzepów. Leżący na oponie twardej duży krwiak w okresie rozpoczynającej się organizacji częściowo wypłukano płynem fizjologicznym, częściowo usunięto łyżeczką. Ponieważ opona twarda nie wykazała uszkodzenia i wyraźnie zaczęła tętnić, nie otwierano jej. Ubytek kostny częściowo wypełniono odłamami kostnymi wyłamanymi poprzednio. Ponad nimi zeszyto szczelnie czepiec ścięgnisty szwami jedwabnymi. Szwy skórne; opatrunek jałowy. Przebieg pooperacyjny gładki. Rana zagojona przez rychłozrost. Rentgenogram kontrolny (rys. 15 a, b).

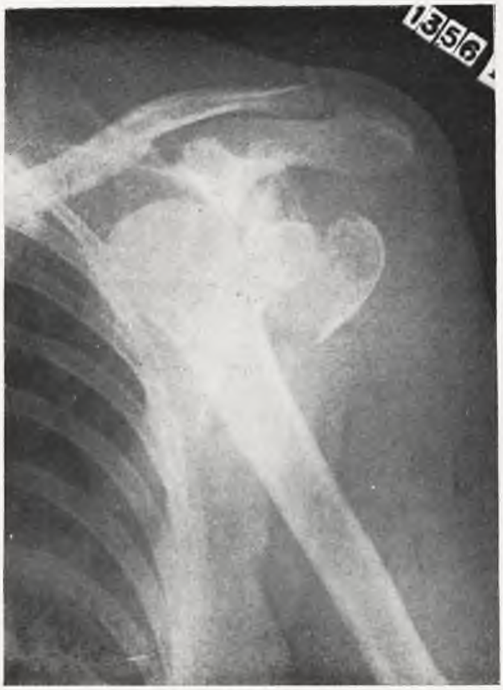
Chory obecnie mówi znacznie lepiej, bólów głowy nie ma. Chodzi prawidłowo.

Dwa przypadki powyższe przedstawiam, aby zwrócić uwagę na sposób zmniejszania ubytku kostnego przy pomocy uprzednio wyjętych odłamów, nawet w przypadkach otwartych wgnieceń. W tych ostatnich jednak terminem prekluzyjnym dla tego postępowania jest czas 12 godzin od urazu.

Dr H. Ciszkiewicz:

PRZYPADEK ZWICHNIĘCIA BARKU Z JEDNOCZESNYM ZŁAMANIEM SZYI ANATOMICZNEJ I GUZKA WIĘKSZEGO KOŚCI RAMIENNEJ.

(str. własne)



Rys. 16.



Rys. 17.

S. I., chora 34-letnia, dnia 12 lutego 38 r. upadła z wysokości I piętra, po czym straciła przytomność. Pogotowie przywiozło ją do Instytutu; poza potłuczeniem ogólnym i otarciami naskórka na twarzy stwierdzono objawy zwichnięcia lewego barku. Rentgenogram (rys. 16) wykazał zwichnięcie do przodu (luxatio subcoracoidea) z odłamaniem guzka większego; na zdjęciu tym można ponadto dopatrzeć się linii złamania w obrębie szyi anatomicznej, co jednak pierwotnie przeoczono.

Nastawienia zwichnięcia dokonano w uśpieniu chloretylowym — poszło to dość gładko, ale na zdjęciu kontrolnym (rys. 17) stwierdzono, iż do panewki wstawił się tylko kikut trzonu k. ramiennej, natomiast odłamana główka pozostała poniżej wyrostka kruczego.

Wobec tego przypadek zakwalifikowano do leczenia operacyjnego i 16 lutego w uśpieniu sennarkolem z małego cięcia przedniego *plk dr Sokołowski* usunął za pomocą ostrego jednozębnego haka odłamaną i zwichniętą główkę. Po kilkudniowym unieruchomieniu w opatrunku Desaulta ułożono kończynę na szynie odwodzącej. Ze względu na współistniejące złamanie guzka unieruchomienie na szynie odwodzącej trwało aż 4 tygodnie, po czym rozpoczęto gimnastykę czynną i bierną oraz masaże. Szynę odwodzącą zakłada się obecnie już tylko na noc. Zakres ruchów biernych jest duży, ruchy czynne są jeszcze znacznie upośledzone wskutek pourazowych zmian okołostawowych.

Przypadek ten przedstawiam obecnie korzystając ze sposobności zademonstrowania chorej we wczesnym okresie leczenia; celowość tego tak radykalnego sposobu postępowania postaram się udowodnić na Zjeździe Tow. Ortopedycznego w Poznaniu, gdzie uszkodzenia tego typu będą tematem mojego koreferatu. *H. Ciszkiewicz.*

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w 1937 r.

Uzupełnienia oraz skorowidze alfabetyczne treści i autorów.

Zestawił Dr **H. Ciszkiewicz** (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	(Ch. N. R.) t. X, z. 2—4.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 12.
Dwumiesięcznik Stomatologiczny	(D. Stom.) Nr. 6.
Folia Morphologica	(F. M.) t. VII, Nr. 1—3.
Ginekologia Polska	(Gin. P.) t. XVI, Nr. 11—12.
Gastrologia Polska	(Gastr. P.) Nr. 4.
Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie	(Kw. Kl. Star.) t. XVI, Nr. 1—2.
Medycyna Doświadczalna i Społeczna	(Med. D. Sp.) Nr. 5—6.
Polski Przegląd Radiologiczny	(P. P. Rad.) t. XII, Nr. 3—4.
Przegląd Dermatologiczny	(P. Derm.) t. XXXII, Nr. 3—4.

CHIRURGIA OGÓLNA.

C. Kości, stawy, mięśnie.

403. **Ambros Z.** Regeneracja tkanki kostnej. Ch N. R. Nr. 2—4, s. 223—276.

404. **Ambros Z.** Przeszczepy kostne auto- i heteroplastyczne. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 345—356.

405. **Gruca A.** Zastosowanie kości zwierzęcej w chirurgii ortopedycznej. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 357—368.

F. Wyjaławianie, narzędzia, opatrunki, leki.

406. **Oczkowski J.** Aparat do robienia łóżek gipsowych. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 337—343.

G. Chirurgia urazowa.

407. **Wojciechowski A.** Na marginesie walki z kalectwem w Polsce. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 277—311.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. Głowa.

408. **Schüller A.** Obrazy radiologiczne późnych następstw urazów czaszki. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 303—306.

409. **Spettowa S.** Guzy zaułka mostkowo-móżdżkowego w obrazie radiologicznym. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 307—316.

410. **Krupiński Z.** Nadmiernie długi wyrostek rylcowaty kości skroniowej. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 317—326.

D. Jama brzuszna.

411. **Chodkowski K.** Ein Fall von doppelter Gallenblase beim Menschen. F. M. Nr. 3, s. 209—217.

412. **Sellig L.** Cholecystografia doustna i jej przyśpieszenie. Gastr. P. Nr. 4, s. 10—17.

E. Narządy moczowo-płciowe.

413. **Jasieński J.** Naczynia limfatyczne nerki zdrowej i patologicznej. F. M. Nr. 3, s. 139—191.

414. **Kozakiewicz R.** Rzadki przypadek nabłoniaka prącia na wrzodzie wenerycznym u osobnika kiłowego. P. Derm. Nr. 3—4, s. 377—383.

F. Kręgosłup, miednica.

415. **Zalewski A.** Skrzywienie boczne kręgosłupa wrodzone czyli skolioza wrodzona. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 181—221.

416. **Maciejewski A.** Przypadek ciężkiego zniekształcenia kręgosłupa w przebiegu wielostawowego gośćca. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 313—320.

417. **Korolkiewicz K.** Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego jako następstwo urazów głowy. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 327—335.

418. **Dering-Ossowska K.** Z kazuistyki urazów kręgosłupa u dzieci. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 337—340.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

419. **Całka S.** Przypadek naczyniaka części miękkich przedramienia. P. P. Rad. Nr. 3—4, s. 439—441.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

420. **Bielas A.** Na marginesie metody Smith-Petersena zespalania złamań szyjki kości udowej. Dwa przypadki ropni jałowych. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 331—335.

421. **Raszeja F.** Z badań nad histologią i fizjologią stawów. III. O histogenezie i prawidłowej budowie łąkotek kolana. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 123—144.

422. **Raszeja F.** Zmiany patologiczne łąkotek i ich znaczenie kliniczne. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 145—179.

423. **Komza J.** i **Krajnik B.** O chorobie Pellegrini-Stieda. Ch. N. R. Nr. 2—4, s. 321—329.

ALFABETYCZNY SKOROWIDZ TREŚCI

„Polskiego Piśmiennictwa Chirurgicznego" w roku 1937.

SKOROWIDZ ALFABETYCZNY AUTORÓW.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Prace nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów itd. powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Koszty sporządzenia klisz ponosi wydawnictwo. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 nadbitek pracy, w formacie zeszytu pisma; życzący sobie otrzymać odbitki jednoszpaltowe, ponoszą koszty przełamania.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień patologii chirurgicznej, lecznictwa i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 stronic druku.

Prace są grupowane w następujących działach głównych:

1. Prace oryginalne,
2. Kazuistyka,
3. Technika operacyjna.

Prócz tego pismo zawiera następujące rubryki:

1. Skrzynka świetlna,
2. Sprawozdania ze zjazdów i posiedzeń,
3. Kronika — wiadomości obchodzące ogół chirurgów: z uniwersytetów, szpitali, mianowania, stypendia, konkursy itp.

W „Skrzynce świetlnej" są zamieszczane rentgenogramy lub fotografie przypadków pouczających wraz z krótkim, treściwym opisem historii choroby, przebiegu i sposobu leczenia, techniki operacyjnej itp.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek bibliograficzny — „Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne" — ułożony działami spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie ukazały się w ubiegłym kwartale w polskich czasopismach lekarskich.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Cena pojedyńczego zeszytu 2 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.